Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Fünfzehnter Jahrgang 1913/1914.

Verlag von Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Sachregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

Abderhaldensche Methode bei Geisteskrankheiten 105, 127, 151, 191, 206, 240, 324, 329, 572, 575, 578, 580, 625, 633 (Abwehrfermente im Urin), 634
Aberglaube im Rechtsleben 388
Abstinente Ärzte, Jahresversammlung 266
Abwehrfermente, siehe Abderhaldensche Methode; bei Kastrierten 578; Abwehrfermente im Urin 633
Adalin 77
Alkohol, in Blut und Spinalflüssigkeit 177, 319; Tötung durch Gewährung übermäßiger Mengen, Verurteilung 77; Zeugung im Rausch 113
Alkoholfreie Getränke 221, 234, 473
Alkoholforschungsinstitut 455, 558
Alkoholismus, Bedeutung für die Schule 505, 550; internationales Bureau zur Bekämpfung 265; Korsakowscher Symptomenkomplex, Histologie 316; Merkblatt über den A. 265; Wirkung des chron. Alkoholismus auf die menschlichen Organe und besonders Geschlechtsdrüsen 266
Alkoholpsychose 44
Alsterdorfer Anstalten, Schule 495
Aminosäuren und Wassermannsche Reaktion 633
Anatomie, Lehrbuch von Rauber 562
Angstneurosen 152, 341
Anlage, angeborene 199
Anthropologie und Strafrecht 139
Antiluetin 232, 332
Antithyreodin-Pankreon bei Morbus Basedowii 352
Aponal 234
Arbeitslehrkolonie 318
Arsenik bei Syphilis 331
Ärztliche Rechts- und Gesetzeskunde, v. Rapmund und Dietrich 177
Äthertrinken 457
Aufsichtspflicht 4, 5, 40, 41

Bäckerei in der Anstalt 24
Bad, Verbrühung im Bad 76
Badewasser, kalkhaltiges 457
Bakterium Koli-Infektion 90
Balkenstich 71
Basedowsche Krankheit 352
Bedburg, Anstalt, innere Einrichtung 17, 177
Belgische Irrenanstalten 463, 489
Bergsons Philosophie der Persönlichkeit 68
Berlin, neue städtische Irrenanstalt 515
Bethlem, Hospital 465
Bewahrungshaus Bedburg 20
Bismolan 573
Brandenburg, neue Anstalt 45
Broadmoor 479
Bunzlau, 50 jähriges Anstaltsjubiläum 242, 269; 586
Bromural 538

Charakter und Nervosität 244
Chemnitz, Heilanstalt 396
Cokosnußbutter 46
Craig House 487

Degeneration 199
Dementia praecox, pathol. Anatomie 301, 314; Blutveränderung 102; Frühsymptome 111; körperliche Störungen 343, 371, 384, 393, 401; Natrium nukleinikum 253
Denken, im Wachen in Worten, im Traum in Bildern 555
Depressionszustände, traumatische, psychogene Rückerinnerung als Ursache 232
Dermatomykosen 291
Determination, physischer und psychischer Symptome im Unterbewußtsein 139
Diabetes 538
Diagnosenschema 1, 227, 467
Dialysierverfahren, siehe Abderhaldensche Methode
Diogenal 495, 601

Edinburgh, Royal Asylum 487
Ehe, Anfechtung wegen geschlechtlicher Empfindungslosigkeit 41; wegen Geisteskrankheit 47, 48; Scheidung nach § 1568 BGB. 48; 49
Eheschließung eines Geisteskranken 85
Eheverbot für Geistesschwache in Skandinavien 538
Einsicht in Strafbarkeit 7, 8
Ekzem 90, 433
Elarson bei Epilepsie 389, 413
Elektrizität 447; Apparat Mikropan 447
Emotionen 69
England, Irrenanstalten 463; Irrenstatistik 521
Entmündigung, als Heilmittel bei Psychopathen 317; Zustellung des Beschlusses 49; 50, 51; 467
Entscheidungen, wichtige gerichtliche, auf dem Gebiete der Psychiatrie 4, 25, 39, 47, 84
Epilepsie 33; Crotalinbehandlung 220, 233; Elarson 389; Leukozytose 44; internat. Liga gegen E. 318; Pathologie 315; Psychogenese epileptischer Erscheinungen

269092

81; Sedobrol 295; Ureabromin 531; Wassermann-Reaktion 623
Ethik vom Standpunkt des Arztes 127

Familienpflege 45, 544
Familienstammbücher 199
Fieberphantasmen 152
Formaldehydverdampfungsverfahren 374
Forschungsinstitut für Psychiatrie 303
Fortbildungskursus, psychiatrischer, in München 1914, 32, 373
Frankfurt a. M., Fürsorgestelle für Geisteskranke 527
Friedmanns' Heil- und Schutzmittel gegen Tuberkulose 511, 524
Fürsorgezöglinge 14, 85, 199

Gadiol 92
Gärungs-Saccharometer 374
Galdon-Laboratorium 199
Galizien, Irrenfürsorge 616
Gärten mit erhöhter Promenade 261
Gefangener, Begriff § 120 StGB. 4
Gefangene, geisteskranke, Abteilung in Straubing 349
Gehapparat für Ataktische 374
Gehirn und Rückenmark, Leitfaden von Villiger 152
Geisteskranke, Behandlung 267; Beobachtung § 81 StPO. 6; Arbeiten Geisteskranker, Ausstellung 411; G. in allgemeinen Krankenhäusern zur Beobachtung (Hamburg) 432; Übernahmevertrag zwischen Deutschland und England 422; Eheverbot 538; Rechtsgeschäfte mit heimlichen Geisteskranken 102; G. im Rechtsgeschäftsverkehr 128; unbekannte G. 599, Beiblatt zu Nr. 22; irrtümliche Todeserklärung 73; verbrecherische G. 14, 68, 235, 411, 446; G. in Frankreich, Gesetzgebung 90
Geisteskrankheiten, akute, Anatomie 316; als primäre Hirnkrankheiten 232; bei Kindern 316; durch Körperverletzung, § 224 St.G.B. 5; im Kriege 90; transitorische G., forensisch, 198; Beziehung zu Beruf und Mode 127; Merkblatt über die Ursachen 265, 273, 396; Prognose 432, 529; Stoffwechsel 341; Behandlung 504; G. bei Gehirnkrankheiten 504; nach Infektions- und inneren Krankheiten 528; durch Intoxikationen 528; nach Schädelverletzungen 181; Diagnose 529
Geistige Reife 4
Geld und Irrenhaus, Broschüre 621
Genealogie 199
Gerichtliche Medizin, von Gottschalk 177
Gerichtliche Psychiatrie siehe Psychiatrie
Geschäftsfähigkeit und Prozeßfähigkeit 7; 25, 26; 85
Geschlechtskrankheit und ärztliche Verantwortlichkeit 331
Getreidekeime als Nährmittel 33
Gheel 489
Gicht und Nervenkrankheiten 339
Glawnig 58
Görz, Landes-Heil- und Pflegeanstalt 470
Großhirn, Mensch ohne G. 350; Physiologie 504
Großstadtarbeit und ihre Hygiene 127
Guajakose 15
Gutachten, von Rieger 32

Haftpflicht 41; 596
Halluzination, des Anrufs 206; 621
Halluzinose, chronische 44
Harnorgane, Tuberkulose 90
Hassa, Fall H., 30
Hauttherapie 103, 165
Hauttuberkulose 90
Hawkhead 480
Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke, in Wort und Bild 493
Heinzsche Vergiftungskörper 561
Hellseher, ein, 510
Herztöne, Herzkontrollapparat 69
Hilfsschulen, deutsche, in Wort und Bild 433
Hilfsschulpädagogik 243
Hilfsverein für Geisteskranke, Baden 349; Hessen 411, 586; Rheinprovinz 138, 528; Sachsen 113
Hirnkrankheiten, Balkenstich 71; Störungen der Temperatur und vasomotorisch-trophischer Funktionen 196
Hirntumoren 44
Hochweitzschen 189
Holstert, neue Idiotenanstalt 431
Hydrolezithin 280
Hygiene, der Großstadtarbeit 127; Lehrbuch von Gärtner 528
Hysterie 43, 48, 243, 255, 412; Lähmungen 164

Idiotie, mongoloide, Stoffwechsel und Therapie 198, 313
Infantilismus 313, 341
Intelligenzprüfung bei Kindern 316
Intentionale Sphäre, Physiologie und Pathologie 532
Intoxikationen, enterogene 163
Intoxikationspsychosen 528
Involutionsparanoia 163
Jodglidine 92
Jodipin 92, 128
Jodölreagens bei Syphilis 496
Johannesstift, Anstalt in Marsberg 162
Irrenanstalten 231; Besitzverhältnisse der I. in Preußen 431; zweckmäßige Größe 143, 291; Laboratorium 27; I. und Publikum 396, 572; Ordnung für die königl. sächs. I. 420; Zahnbehandlung in I. 367; Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild 493; I. in Baden 140; Belgien 463; Böhmen 90; Großbritannien 463; Österreich 90; Schweden 543; Westpreußen 102; Württemberg 90; Bedburg 17, 177; Bunzlau 198, 242; Dziekanka 89; Charité in Berlin 113; Friedrichsberg 411; Konstanz 396, 545; Marburg 197; Neustadt i. H. 89; Owinsk 89; Schleswig 89; Sorau, N.-L. 90; Stackeln 457; Steinhof 254; Stralsund 89, 115
Irrenärzte und Privatirrenanstalten 29
Irrenfürsorge, Kurmark 247; Schlesien 57; Württemberg 90
Irrengesetz, ein preußisches 77; im Königreich Sachsen 411, 417
Irrenreformbestrebungen 304; Broschüre „Geld u. Irrenhaus" 572, 621
Irrenrecht 14; Irrenrechtsfragen, Vertrauenskommission 445
Irrenstatistik 314, 321; in England 521; 589; 608
Irrenwesen, im Deutschen Reichstag 8, 27; 68
Isolierzimmer 21, 22

Jugendgericht 516
Justizirrtümer 266

Kaes, Theodor, Nachruf 613
Kapok 55
Katathyme Wahnbildung 165
Keimmischung, inadäquate 113
Kinder, Geistesstörungen 316; Heim-, Heil- und Erholungsanstalten 397; Intelligenzprüfungen 316; Triebleben und Zwangsneurose 331
Klatsch, psychologisch 171
Klassifikation der Psychosen 1, 227, 467
Kokainismus 550
Kola 397
Kollargol bei Zystitis 389
Kompressionsfederbinde 374
Kongreß, XIV. internat. gegen den Alkoholismus 1913 176; für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre 199; internat. zur Fürsorge für Geisteskranke in Moskau 1914 287, 471, 515; in Paris 1916 560; für innere Medizin 1914 432; internat. mediz. in London 463; internat. für Neurologie und Psychiatrie in Gent 1913 45, 463, 489; internat. für Neurologie, Psychiatrie und Psychologie in Bern 1914 609
Königsberg, psychiatrische Klinik 190
Konstanz, badische Heil- und Pflegeanstalt 396, 545
Kopfschmerz 114, 586
Kopfumfang 202
Korsakowscher Symptomenkomplex, Histologie 316
Krankenpflegepersonal, Prüfungsvorschriften 331
Krampfformen, Differentialdiagnose 44
Kückenmühler Anstalten 493
Kufekes Nährpräparat 244, 291
Kulturkreis und Formen der geistigen Erkrankung 585

Lährstiftung 305
Landwirtschaft, die deutsche, unter Kaiser Wilhelm II 208
Lateralsklerose 136
Leitfaden der Irrenpflege 69
Leukozytose bei Epilepsie 44
Lezithininjektionen 140
Lichtenstadt, bei Karlsbad, neue Anstalt 422
Londoner Irrenanstalten 463
Long Grove Asylum 475
Loyola, Ignatius von L. 219
Lübeck-Strecknitz, Heilanstalt, Beschreibung 565
Lubecki, Fall L. 30
Luetinreaktion in der Psychiatrie 391, 497
Lumbalpunktion 388, 505
Luminal 55, 415, 538, 573
Lungenheilstätten, deutsche, in Wort und Bild 350

Magnesiumperhydrol 538
Malzextrakt mit Lezithin 389; Malzhämatogen 472
Marburg 197, 219
Marsberg, Anstalt St. Johannesstift 162
Masochismus 341
Matratze, dreiteilige 33
Matrone, von Ephesus 341
Matte (Stechpalme), alkoholfreies Getränk 221
Melancholie, Spätgenesung 491
Merkblatt über die Ursachen der Geisteskrankheiten 265, 273, 396
Merkblatt über Alkoholismus 265
Merlusan 472
Meyer, L., Aufruf für Denkmal 439
Migräne 164
Mikropan 447
Morphinismus 550

Nachweisung der in Preußen auf Grund vom § 81 St.P.O. und § 656 Z.P.O. Beobachteten 95
Näcke, Nachruf 307
Nahrungs- und Genußmittel, Chemie 178
Narkolepsie 43
Narkophin 128, 539, 600
Natrium nukleinikum 253
Negativismus 96
Nerven, Kampf um gesunde Nerven 598
Nervenärzte, Gesellschaft deutscher N. 77, 230
Nervenheilstätten 353, 412
Nervenkrankheiten, Diät 244; N. und Gicht 339
Nervenzentra, Funktionen 77
Nervosität 139, 551, 586; N. und Charakter 244
Neugeborene, Sinnesleben 351
Neurasthenie 164
Neuritis, sensible 163
Neuropsychisches Grundgesetz 553
Neuroreaktion 207
Niederösterreichische Irrenanstalten 550
Notwehr, § 53 StGB. 25

Obernigk, Lewaldsche Anstalt 243
Oebecke, Nachruf 466
Österreichischer psychiatrischer Verband 197, 302, 466
Onanie 231
Operationsrecht 331

Pallidin-Reaktion bei Lues 506
Paralyse, atypischer Ausfall der WR. 44; Diagnose durch Hirnpunktion 175, 188; Jodoform 265; Merlusan 473; Salvarsan 218; Spirochäten, lebende, Nachweis 349; Tuberkulin-Quecksilberbehandlung 584; Porges-Hermansche Reaktion 448, 541
Paranoia, Involutionsparanoia 163, 165
Paratyphus 90, 397
Pellidolsalbe 280
Peil-Schillings, Fall P.-Sch. 138, 621
Perpentol 564
Persönlichkeitsforschung 199
Pferde, denkende 446
Pflanzendaunen 305, 320
Pflegepersonal, in Böhmen 127; Hochweitzschen 189; Leitfaden der Irrenpflege 69, 89; Streik 62; Unterbringung 23; Unterricht 54; weibliches P. auf Männerstationen 411; Wohnhäuser 23
Pflegschaft 25, 48, 85
Physostol 400
Pinosol 103, 165
Pocken in einer Irrenanstalt 586
Porges-Hermansche Reaktion 448, 541

Presse, Irrsinn und P. 471
Privatirrenanstalt, Gewerbeordnung 85
Prophylaktische Aufgaben der Schule bei Geistes- und Nervenkrankheiten 201
Prozeßfähigkeit 7, 49
Pseudologia phantastica 44
Psychiatrie, Bedeutung für den Kulturfortschritt 103; gerichtliche Entscheidungen 4, 25, 39, 47, 84; Lehrbuch der gerichtl. P. von Hübner 422; von Bischoff 528; Geschichte der P. 388; Leitfaden der P. von Jolly 516; P. in der Presse 190; P. und Stomatologie 367; Nachweisung der auf Grund von § 81 StPO. und § 656 ZPO. in Irrenanstalten Beobachteten 95
Psychoanalyse, Jahrbuch 254, 277, 288, 341, 397, 551, 560, 586
Psychologie 14, 504, 555; intentionale Sphäre 532; Traité internationale de P. pathologique 14
Psychologische Methoden zur Erforschung des Verlaufes der nervösen Erregung 509
Psychopathische Persönlichkeiten 627
Psychopathologie, allgemeine 351
Psychosen s. Geisteskrankheiten
Pupillenstarre, alkoholische, reflektorische 279
Pupillenstörungen bei Dementia praecox 345
Pyodermien 244

Radium gegen Geisteskrankheiten 242
Rassenverbesserung 199; Eheverbot 538; in den Verein. Staaten von Nordamerika 350
Regenerationslehre 199
Reichsmedizinalkalender 15, 481
Reichsversicherungsordnung 471
Reil, Aufruf für Denkmal 167
Reisebeihilfen 468
Renaissance und Regeneration 199
Reye, Aufruf für Denkmal 439
Riedels Mentor 279
Rufach, Denkschrift 599
Ruhehallen, öffentliche 494
Ruheübung 152
Ruhr 90

Sachsen, Gesetz über die Anstaltsfürsorge 417; Ausführungsbestimmungen 418; Ordnung für die Landes-Heil- und Pflegeanstalten 420
Sachverständigentätigkeit 4, 5, 6, 7, 49, 50, 51, 84, 85, 95, 137, 287
Sadismus 341
Salvarsan 218, 446, 561
Saturnismus 550
Sauerstoffbehandlung von Geisteskrankheiten 242, 253, 266
Schadenersatzpflicht 40
Schilddrüse, Wirkung auf Nervensystem 314
Schilling, Gabriel, Sch.s Krankheit 131
Schizophrenie 91
Schlaf- und Schlafstörungen 412
Schlaflosigkeit 152, 550
Schlesien, Irrenfürsorge, Geschichtliches 57
Schüle-Feier 228; S.-Festschrift 229; Ernennung zum Ehrenmitglied des Deutschen Vereins für Psychiatrie 305; S.-Porträt, Kunstbeilage zu Nr. 48
Schwachsinn, Bedeutung für die Schule 505; Neuroreaktion 207
Schwachsinnigenfürsorge 77, 89, 90, 243
Schwedische Irrenanstalten 543
Sedobrol 295
Selbstbestimmung, freie, bei der Wahl des Aufenthaltortes 425, 440, 451
Sioli, 25 jähriges Direktor-Jubiläum 493
Sklerose des Gehirns, tuberöse 141
Sonderlinge, psychiatrische Beleuchtung 627
Sorau, N.-L., Geschichte der Anstalt 90
Spätgenesung bei Melancholie 491
Spirochaeta pallida bei Paralyse und Tabes 53; mechanische Wirkung auf Ganglienzellen 138; Nachweis lebender S.n im Gehirn 175; experimentelle Syphilis 187; Überimpfung aus Paralytikergehirn in Kaninchentestikel 242
Spritze für sterile Injektionen 505
Stackeln 457
Standesangelegenheiten 89, 303, 397, 445, 468, 469
Statistische Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie 1, 42, 227, 303, 321
Statistik s. Irrenstatistik
Steinhof 254
Steinitz, Dr., Selbstmord 32
Sterile Aufbewahrung von Blut, Flasche 505
Stettin, Kückenmühler Anstalten 493
Stosch, Exzellenz, Graf von S., Nachruf 409
Stottern 152
Strafgesetzentwurf, österreichischer 468, 469
Stralsund 115
Straubing 349
Strecknitz, Heilanstalt, Beschreibung 565
Streik des Pflegepersonals in Triest 62
Symbolbildung 254
Syphilis, experimentelle, des Nervensystems 187, 561: Antiluetin 233; Arsenikbehandlung 331; Serum- und Kutanreaktionen 433, 541
Syringomyelie 136

Tabakrauchen, nervöse Störungen 244
Tabes 137; Kennzeichen der Disposition 433
Therapie 206; allgemeine T. der Psychosen 504; T. der akuten Psychosen mit Radiumbromür und radiumaktivem Serum 526; T. der Syphilis des Nervensystems 561
Tierexperiment, Preisarbeit 70
Tiling, Ableben 220, Nachruf 257
Todeserklärung, irrtümliche 73
Tolstois Drama „Der lebendige Leichnam" 333
Totemismus 254
Traum, Denken in Bildern 555; 151, 255, 409
Trimborius, Ehrwürden T., Komödie 77
Trinkerheilstätte, in Oberbayern 331
Trunkenheit, gerichtlich 40
Trunksucht als Selbstverschulden 40; Entmündigung 50, 51
Tuberkulin Rosenbach 139, 178, 351, 600
Tuberkulin-Quecksilberbehandlung der Paralyse 584
Tuberkulose, Friedmanns Mittel 511, 524
Typhus 90

Unfallfolge, nervöse, Begutachtung 169
Unfallversicherung, Entscheidungen 84
Unterbewußtsein 69
Utrecht, psychiatrisch-neurologische Klinik 211
Untersuchung nervöser und psychischer Krankheiten, Taschenbuch von Cimbal 412
Ureabromin 531
Ursache und Bedingung 432

Vagotonie 164
Venenpunktion 505
Verantwortlichkeit des Arztes 138
Verbrechen, Psychologie 114
Verbrecher, geisteskranke, Ministerialerlaß vom 15. Juni 1901 235; 446, 468; Broadmoor 479; in Galizien 616
Verein, bayerischer Psychiater 45, 138; deutscher V. für Psychiatrie 67, 89, 277, 288, 302, 313, 325, 504; internat. V. für med. Psychologie und Psychotherapie 276; V. mitteldeutscher Psychiater u. Neurologen 330; österreichischer psychiatr. V. 197, 302, 466; pommerscher V. für Neurologie und Psychiatrie 43
Vererbung 68, 199, 319, 505
Vererbungsdaten, Sammlung von V. in den Vereinigten Staaten von Nordamerika 108
Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1913 275
Vertrauenskommission für Irrenrechtsfragen 445
Volksnervenheilstätten, die deutschen 353; 412
Vorbesuche, Gebühren 51, 85, 137, 287, 303
Vormundschaft 48
Vorratsbehälter 78

Wahnbildung, katathyme 165
Wänersborgs-Hospital 543
Wärmflaschen 473
Wäsche, Zeichnen der W. 552; Perpentol 564
Wassermannsche Reaktion, nach von Dungern 33, 55, 139, 508, 516, 550; 90, 433; Beeinflussung durch Paraldehyd 500; WR. und Neuroreaktion 207; WR. und Aminosäuren 633
Wäxjö-Hospital 543
Weber, Guido, Ableben 539
Wernickes Einfluß auf die Psychiatrie 138
Willensbestimmung 4, 25
Willensschwäche, Wohnsitzbegründung 25
Wohnsitzbegründung bei Willensschwäche 25

Zähltafel für Leukozyten 390
Zahnbehandlung in Irrenanstalten 367
Zellen 21, 22
Zentralnervensystem, Anatomie 198
Zeugnisfähigkeit 5
Zeugung im Rausch 113
Ziethen, v., Zur Geschichte der Irrenfürsorge in der Kurmark 247
Zuckernachweis im Harn 374
Zurechnungsfähigkeit, verminderte 303

Namenregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

Abderhalden 105, 127, 151, 191
Ackermann 113
Albrecht 68
Alexander 92
Alt 471
Alter 57
Alter, W., 608, 625
Alzheimer 301, 314
Anton, G., 71
Auerbach 114

Bassermann 31
Bayerthal 201
Bechterew 77
Beck 178
Becker, W. H., 73, 267, 409, 432
Bendix 280
Benedek 55, 349, 538
Behr, A., 457
Bergl 505
Bergmann 600
Berliner 199, 318
Bertholet 266
Berze 532
Beutel 234
Beyer, B., 304
Bielohlawek 550
Binswanger 33
Bischoff 528
Bleuler 254, 277, 290, 397
Bloch 291
Bodmann, Freiherr v., 545
Bonhöffer 528
Bornstein 177
Boruttau 33
Bramann, von, 71
Brauer 90
Bresler 90, 191, 235, 353, 433, 493, 511
Breymann 199
Bruck 92, 291
Brückner 177
Buchtala 472
Bundschuh 325, 580
Buttel-Reepen, von, 446
Buttersack 538

Canestrini 351
Cheron 562
Chotzen 316
Cimbal 412
Crippa 33
Crzellitzer 199
Czgielstrezch 90

Dade 208
Daniel 15
Dannemann 199
Deutsch 44
Diepgen 151
Dietrich 177, 331
Dombeck 29
Dominici 562
Donath 253
Dornblüth 152
Doutrelepont 90
Drowatzky 351
Drügg 139
Dutoit 400

Edinger 14, 198, 350
Ehrlich, P., 446
Eickhoff 374
Elmer 572, 621
Erlenmeyer 220
Eulenburg 374, 412
Fauser 105, 240, 325, 326
Federn 341
Fehrlin 91
Ferrari 69
Fischel 128
Fischer, B., 350
Fischer, E., 413
Fischer, J., 127, 327
Fischer, O., 506
Flatau 164
Fleischmann 177
Flesch 397
Förster 127
Forster, E., 175, 188, 288
Frank 139, 152
Frankl-Hochwart, v., 244
Freud 254, 341, 397
Freudenthal 516
Friedländer, A., 550
Friedmann, F. F., 511
Fries 27
Fröhlich 169
Frösch, H., 207
Fuchs 500
Fuhrmann 529

Gärtner, A., 528
Gaspero 164
Gause 374
Geber 349

Gerhard 495
Gerlach, G., 9
Geymayer 55
Glawnig 58
Goldstein 621
Görl 55
Gottschalk 177
Grätz 447
Groß 504
Güßmann 389
Guttzeit 138

Hagaschi 233
Hahn 331
Hartwig 561
Hauck 136
Hauptmann, G., 131
Hauptmann 55, 388
Hauswirth 374
Haymann 267
Heilbronner 211
Heim 432
Heinz 495
Henle 374
Herzberg 234
Heß 131, 317
Hinnerk 77
Hinrichsen 551
Hirschlaff 152
Hitschmann 341
Hoche 278, 290
Hochhalt 139
Höfler 92
Hoffmann, Géza von 108, 350
Holzmann 177
Horion 521
Horstmann 115
Hübner 422, 596
Hänseler 178
Hussels 329
Htano 23€

Jadassohn 244
Jakob 177, 187, 315
Jaschke 128
Jaspers 351
Ichibagase 233
Jentsch 232
Jödicke 44, 367
Jolly 516
Jones 341
Isserlin 504
Juliusburger 127
Jung 254
Jüngerich 573

Kafka 177, 206, 325, 327, 391, 633
Kalmus 90
Kaufmann 114
Kautsch 139
Keller 397
Kino 55
Kirchberg 316
Kirchhoff 388
Klausner, E., 506
Klebelsberg E. v., 415
Kleist 163
Klemperer 413
Klingmüller 433
Knecht 247
Köhler, E. von, 555
Kohnstamm 289
Kollarits 244
König 55
Kötscher 231
Kraepelin 288, 303
Kreuser 42, 90, 627
Kurella 139

Laache 412
Landau 496
Laquer 127, 558
Laurent 77, 89
Lehmann, R., 69
Liepmann 138, 289
Lieven, v., 259
Lilienstein 69
Linke 491
Lomer 81, 171, 219
Lotting 139
Lourié 198
Löwy 206
Lundvall 102

Mäder 255
Mager 96
Maier, H. W., 165
Marhand 242, 562
Marie 14
Martin 333
Marzinowsky 598
Matzenauer 472
Mees 279
Mercklin 273
Michel 343
Monneyrat 331, 599
Montanus 243, 255
Mörchen 495, 573, 601
Morel 54
Much 633

Näcke 113, 152
Neißer Cl., 269
Nelken 616
Nerking 140
Nerlich 33
Neue 44, 319
Niesel 43
Nietner 350
Nieuvenhuijse 141
Noguchi 53, 242, 497
Nonne 177, 561
Noorden, von 163
Norström 586

Orlovius 505
Oster 550
Osterwald 199

Patschke 55
Peretti 287, 425, 440, 451
Petzsch 623
Plate 319
Polland 103
Preiser 44
Preißner 541
Puillet 253

Räcke 85, 218
Rademacher 235
Rank, O., 341
Ranschburg 447, 509, 553
Rapmund 177
Ratner 339
Rauber 562
Redlich 33, 505
Reinhardt 196, 232
Reye 177
Riebes 510
Rieger 32
Rigler 286
Ritterhaus 471
Römer 199, 227, 314, 321, 325, 575, 589
Rosenberg 351
Rosenfeld 504
Rosenstein 255
Rosenthal 539
Roubinovitsch 90
Rümelin 128

Saiz 62
Schäfer 265
Schefold 388
Schilling, V., 390
Schleich 233
Schnee 352
Scholtz 69
Schott 295
Schottmüller 177, 319
Schrecker 68
Schröder 43, 326, 528
Schulze 91
Schumm 177, 319
Schwabe 531
Schwalbe 15, 481
Seemann 244
Seif 341
Sello 266
Siefert 14
Siemens 44
Silberer 254
Sommer 199, 494
Starlinger 143, 155, 291
Stegmann 288
Stekel 551, 586
Stern 288, 433, 585
Stier 103
Stolkind 397
Stradonitz 199
Stransky 288
Struve 31

Teichmann 140
Theobald 578
Thiele 8
Thoma 303, 316
Thurwald 254
Tiling 77
Togami 341
Tomasczewski 175, 188
Toulouse 242, 253
Traugott 550
Trebing 389
Treiber 111
Trömner 177
Tsuzuki 232

Uhlmann 181

Veiel 90
Velzen, Th von, 572
Villiger 152
Vocke 4, 303
Vold 409
Vorkastner 4, 44, 319

Wagner v. Jauregg 584
Wallenberg 198
Walter 206, 314, 325
Wassermann 538
Wattenberg 565
Weber 52, 289, 316
Wegener 151, 326
Weinberg 199
Werner, G., 17, 388
Weygandt 187, 288, 313, 463, 614
Wildbolz 90
Wilhelm 331
Wilker 504
Willige 326
Wockenfuß 600
Wollenberg 543
Wulff 505

Zingerle 198

Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle (S.)

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 836.

Nr. 1. 5. April 1913/14.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Bericht der statistischen Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie. (S. 1.) — Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. XII. Von Oberarzt Dr. W. Vorkastner, Greifswald. (S. 4.) — Mitteilungen (S. 8): Die Debatte über das Irrenwesen im Deutschen Reichstag. Die Frage der Reform des Irrenrechtes. Schutz vor verbrecherischen Geisteskranken. — Referate (S. 14). — Therapeutisches (S. 15).

Bericht der statistischen Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie.

Die vom Deutschen Verein für Psychiatrie auf der Versammlung in Kiel gewählte statistische Kommission, welcher inzwischen bereits ein trefflicher Mitarbeiter und Berater (Cramer) durch den Tod entrissen wurde, hat am 23. Februar 1913 in der psychiatrischen Klinik zu München eine Sitzung abgehalten und hat folgende Vorschläge an den Vereins-Vorstand vereinbart.

I. Allgemeine Gesichtspunkte zur künftigen Statistik der Anstalten für Geisteskranke.

1. *In die künftige Zählkarte sollen nur jene Punkte aufgenommen werden, die für eine wissenschaftliche Morbiditäts-Statistik notwendig und ohne Spezialforschungen allgemein verwertbar sind.*

Die heutige Zählkarte enthält eine Reihe von Fragen, die nur eine individuelle oder administrative Bedeutung haben, nicht aber eine wissenschaftliche; z. B. Geburtsort, letzter Wohnsitz, Glaubensbekenntnis, Krankheitsdauer vor der Aufnahme, uneheliche Geburt, Konflikte mit den Strafgesetzen, körperliche Mißbildungen, früherer Anstaltsaufenthalt, Verpflegsklasse, Art der Kostendeckung. Je nach ihrer Bedeutung werden Angaben über diese Punkte auf den Kopfbögen der ärztlichen Journale oder in den Personalbögen der Verwaltung oder in beiden vorzutragen sein, in der künftigen Zählkarte und Statistik müssen sie als wissenschaftlich bedeutungslos wegfallen.

Ebenso wertlos sind Angaben über die Erblichkeit im Rahmen einer Zählkarten-Statistik. Die Frage nach der Vererbung geistiger Störungen kann nur auf dem Wege sorgfältiger Spezialforschung, wie sie Schüle und Roemer anstreben oder wie sie Rüdin z. Z. betreibt, geklärt und gelöst werden.

Die ätiologischen Momente und die Komplikationen mit konstitutionellen Krankheiten müssen bei einer neuen Einteilung der Krankheitsformen zu statistischen Zwecken z. Z. ohnedies den leitenden Gesichtspunkt abgeben, erheischen sonst aber zur Aufklärung ihrer Wirkungsweise ebenfalls weitere Spezialuntersuchungen (klinische, histopathologische, chemische, serologische, psychologische etc.). In der Tabellen-Statistik der Anstalten sind sie überdies bisher schon nicht berücksichtigt worden.

2. *Die dadurch erzielte Befreiung der Statistik von wertlosem Ballast gestattet die Einführung eines detaillierteren Diagnosen-Schemas ohne übermäßige Belastung der mit der Statistik betrauten Aerzte und läßt eine umso sorgfältigere Beantwortung der wenigen gestellten Fragen erhoffen.*

3. *Das Diagnosenschema soll eine Gliederung nach Hauptgruppen und Unterabteilungen vorsehen. Die Ausfüllung der Haupt-Gruppen soll obligatorisch, die Auflösung der Hauptgruppe in die ihr zugehörigen Unterabteilungen soll fakultativ sein.*

Dieser Vorschlag wird eine Einigung auf ein bestimmtes Diagnosen-Schema erleichtern, da über die Hauptgruppen der psychischen Krankheiten eine Meinungsverschiedenheit kaum mehr besteht. Andererseits vereinfacht die Aufnahme von Unterabteilungen in das Schema selbst denjenigen Kliniken und Anstalten, welche eine genauere Statistik für wünschenswert halten, die Verwirklichung dieser Bestrebungen.

4. *Zur Vereinfachung der Sichtung der Zählkarten empfehlen sich verschiedenfarbige Formulare für die beiden Geschlechter*, wie sie z. B. in Baden bereits in Gebrauch sind: Männer weiße, Frauen gelbliche Aufnahmszählkarten.

5. *Die Aufnahmszählkarte soll demnach künftig neben dem Namen der Anstalt und der Grundbuch-Nummer nur folgende Fragen enthalten*:
   1. Tag der Aufnahme
   2. Familien- und Vorname
   3. Geburtsjahr und Tag
   4. Familienstand
   5. Stand oder Beruf
   6. Krankheitsform (unter Vordruck des vereinbarten Schemas).

6. *In gleicher Weise ist die Abgangszählkarte zu vereinfachen.* Die Fragen nach der Krankheitsdauer vor der Aufnahme, Erblichkeit, Aufenthaltsdauer in Anstalten und wiederholter Aufnahme sollen wegfallen.

Von seiten der statistischen Behörden könnte vielleicht hervorgehoben werden, daß die Feststellung, ob erste oder wiederholte Aufnahme, ob wiederholte mit oder ohne vorherige Genesung einen allgemein statistischen Wert habe. Dem ist entgegenzuhalten, daß die Beantwortung gerade dieser Frage stets zu den allermeisten Zweifeln Anlaß gegeben hat und daher von den einzelnen Anstalten in ganz verschiedener Weise betätigt wird, so daß das gewonnene Resultat unmöglich ein richtiges Bild geben kann.

Die Medizinalstatistik legt auch bei den körperlichen Krankheiten keinen Wert auf Wiederaufnahme und Wiedererkrankung und die bisherige Irrenanstaltsstatistik hat bereits genügendes Material zur Klärung dieser Frage geliefert. Jede Anstalt weiß wohl, welchen Prozentsatz die Wiederaufnahmen unter ihren Aufnahmen bilden und hat die Erfahrung gemacht, daß dieser Prozentsatz in großen Zeiträumen fast konstant geblieben ist oder nur geringen Schwankungen unterworfen war.

II. Einteilung der Krankheitsformen.

In Sachsen und Württemberg haben die Medizinal-Kollegien in den Jahresberichten über die Irrenanstalten des Landes bereits eine neue Einteilung der Psychosen eingeführt. Für die einzelnen Mitglieder der statistischen Kommission wurden Exemplare der letzten Jahresberichte von beiden Behörden bereitwilligst zur Verfügung gestellt. Besonders reiches Material verdankt die Kommission den Herren Schüle und Römer in Illenau und Fischer-Wiesloch, da zwischen der Klinik Heidelberg und den Anstalten Illenau und Wiesloch eine Vereinbarung über eine neue Statistik getroffen wurde. (Siehe den Aufsatz von Römer in der Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie Bd. 11, Heft 1/2, S. 69.) Im Elsaß hat Herr Gross-Rufach in den Jahresberichten seiner Anstalt ebenfalls ein ausführlicheres und modernes Schema der Krankheitsformen aufgestellt und der Kommission Jahresberichte überlassen.

Die Einigung auf eine Einteilung ist der schwierigste Teil, aber die unerläßliche Voraussetzung für eine neue, wissenschaftlich brauchbare Statistik. Nach Lage der Verhältnisse ist es heute noch unmöglich ein Diagnosen-Schema aufzustellen, das jeder Kritik standhielte und keinen Widerspruch aufkommen ließe. Es kann sich daher z. Z. nur darum handeln, daß unter Zurückstellung von Meinungsverschiedenheiten in minderwichtigen und untergeordneten Dingen durch die Einigung auf ein dem heutigen Wissen angepaßtes Schema die wertlose bisherige Statistik baldigst aufgehoben und eine brauchbare eingeführt wird.

Die Kommission hat die folgende Einteilung in enger Anlehnung an das abgekürzte badische Schema (s. Römer l. c. S. 89) aufgestellt und glaubt, daß die vorgeschlagenen Hauptgruppen eine geeignete Grundlage für die notwendige Einigung bilden könnten. Die Begründung der Unterabteilungen ergibt sich von selbst aus ätiologischen oder klinischen Erwägungen.

Die Reihenfolge der Krankheitsformen ist von untergeordneter Bedeutung. Welcher Gedankengang die Kommission bei der getroffenen Anordnung leitete, ist leicht ersichtlich.

Einteilung der Krankheitsformen.

1. *Traumatische Hirnerkrankungen*:
   a) traumatisches Delirium,
   b) traumatischer Schwachsinn,
   c) traumatische Epilepsie.
2. *Psychosen bei gröberen Hirnerkrankungen*:
   a) Tumoren,
   b) Abszeß,
   c) sklerotische Erkrankungen,
   d) Huntington'sche Chorea,
   e) andere Hirnerkrankungen.
3. *Psychosen bei Vergiftungen:*
   a) akute Vergiftungen,
   b) chronische Vergiftungen (Morphinismus, Kokainismus etc.).
4. *Alkoholismus:*
   a) Rauschzustände,

b) Delirium tremens und Alkoholwahnsinn,
c) Korsakoff'sche Psychose,
d) Alkoholepilepsie und habituelle Epilepsie der Trinker,
e) chronischer Alkoholismus.

5. *Psychosen bei körperlichen Erkrankungen:*
a) Infektionskrankheiten,
b) Chorea,
c) Herzkrankheiten,
d) Urämie,
e) Eklampsie,
f) Kollapszustände.

6. *Lues cerebri und Tabes-Psychosen.*

7. *Progressive Paralyse.*

8. *Senile und präsenile Erkrankungen:*
a) seniler Schwachsinn,
b) Presbyophrenie,
c) seniler Verfolgungswahn,
d) Alzheimer'sche Krankheit.

9. *Arteriosklerotische Erkrankungen.*

10. *Störungen bei Schilddrüsenerkrankungen:*
a) Kretinismus,
b) Myxödem,
c) Morbus Basedowi.

11. *Endogene Verblödungen:*
a) Dementia praecox,
b) paranoide Schwachsinnsformen.

12. *Epilepsie:*
a) genuine Epilepsie,
b) Affekt-Epilepsie,
c) Spät-Epilepsie,
d) andere Formen.

13. *Manisch-depressive Veranlagungen und Psychosen.*

14. *Hysterische Persönlichkeiten und Erkrankungen.*

15. *Andere psychogene Erkrankungen:*
a) traumatische Neurosen,
b) psychogene Haftpsychosen,
c) induziertes Irresein,
d) Emotions-Psychosen,
e) sonstige Formen.

16. *Paranoide und querulatorische Persönlichkeiten und Paranoia.*

17. *Psychopathische Persönlichkeiten:*
a) Nervosität,
b) Zwangsvorstellungen,
c) sexuell Perverse,
d) Haltlose,
e) Schwindler und Lügner,
f) geborene Verbrecher,
g) sonstige Formen.

18. *Imbezillität und Debilität.*

19. *Idiotie:*
a) syphilitische,
b) encephalitische,
c) hydrocephalische,
d) sonstige Formen.

20. *Ungeklärte und unklare Fälle.*

21. *Nichtgeisteskrank und nichtpsychopathisch.*

III. Vorschläge über die weitere Sachbehandlung.

Bezüglich des weiteren Vorgehens unterbreitet die Kommission dem Vorstande folgende Vorschläge:

1. Es erscheint wünschenswert, diesen Bericht baldigst durch Veröffentlichung in der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift der Allgemeinheit mitzuteilen.
2. Um heuer wenigstens einen Schritt vorwärts zu kommen, soll eine Diskussion der Jahresversammlung in Breslau über die Vorschläge der Kommission, mindestens aber über die vorgeschlagene Einteilung der Krankheitsformen, stattfinden.
3. Die Kommission hält es für zweckmäßig, daß selbst wenn eine Einigung in Breslau zustande kommt, die neue Statistik zunächst nur provisorisch eingeführt und daß ihre definitive Annahme bei der statistischen Behörde des Reiches erst nach mehrjähriger Erprobung betrieben wird.
4. Die Initiative zur provisorischen Einführung der neuen Klassifikation in den einzelnen Bundesstaaten bezw. Provinzen könnte den einzelnen Anstaltsvorständen, den Direktoren-Konferenzen der einzelnen Provinzen oder den psychiatrischen Landes-Vereinigungen überlassen werden, falls nicht ein gleichzeitiges und einheitliches Vorgehen gewünscht wird.
5. Der Vorstand sollte durch Vereinsbeschluß beauftragt werden, die nötigen Schritte zu tun, daß von den zuständigen Verwaltungsbehörden den Anstalten für Geisteskranke die Ausfüllung und Vorlage aller bisherigen Tabellen mit Ausnahme der Morbiditätstabelle und der Tabellen über allgemeine Krankenbewegung und Todesursachen bis auf weiteres erlassen wird, wie dies in Bayern bereits auf eine Eingabe des Vereines bayerischer Psychiater geschehen ist.
6. Die statistische Kommission hat in steter Verbindung mit dem Vereins-Plenum und unter Fühlungnahme mit statistischen Behörden weiterzuarbeiten, damit nach Erprobung der neuen

Klassifikation ein für wissenschaftliche und statistische Zwecke brauchbarer fertiger Entwurf zu einer neuen Reichsstatistik vorliegt.

7. Der Vorstand wolle die Versammlung in Breslau veranlassen, die statistische Kommission durch Zuwahl eines 5. Mitgliedes wieder zu komplettieren.

Eglfing, 28. Februar 1913.

I. A.: Vocke.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie XII.

Aus der Literatur des Jahres 1912 zusammengestellt.

Von Privatdozent Dr. *W. Vorkastner*, Oberarzt an der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.

I. Strafgesetzbuch.

§ 47.

Mittelbare Täterschaft liegt dann vor, wenn jemand eine beabsichtigte strafbare Handlung nicht selbst zur Ausführung bringt, sondern statt seiner durch einen andern, der aus subjektiven Gründen nicht als Täter verurteilt werden kann, ausführen läßt (RGSt. 41, 61). Di: Handlungen des anderen sind dann, soweit sie dem Vorsatz des eigentlichen Täters entsprechen, als Handlungen des letzteren anzusehen. Voraussetzung ist jedoch, daß den mittelbaren Täter die eigene Vornahme der Ausführungshandlung in gleicher Weise strafbar machen würde. (RG. 1. 4. Febr. 1910.) Jahrb.*) pag. 9.

§ 51.

Die Feststellung, daß eine die freie Willensbestimmung ausschließende geistige Erkrankung nicht nachgewiesen sei, reicht nicht aus, um dem Angeklagten den Schutz des § 51 StGB. zu versagen. Vielmehr ist die positive Feststellung erforderlich, daß ein die Voraussetzung des § 51 bildender Zustand nicht vorhanden war. (RMG. III. 23. Juli 1909.)

Jahrb. pag. 13.

§ 51.

Die Aufgabe der ärztlichen Sachverständigen erschöpft sich mit der Abgabe und Begründung des Gutachtens über die geistige Erkrankung. Aber auch ihr Gutachten ist für den Richter nicht bindend. (RMG. III. 23. Juli 1909.) Jahrb. pag. 12.

§ 56.

Bei der Prüfung der geistigen Reife des Angeklagten handelt es sich nicht um die Erweisbarkeit einzelner, der Vergangenheit angehöriger Tatsachen, deren Wahrheit oder Unwahrheit nach Maßgabe der Vorschriften über den Zeugenbeweis festzustellen ist, sondern es hat ausschließlich eine sachverständige, begutachtende Tätigkeit des Gerichts zu erfolgen. Demgemäß muß der Richter auch befugt sein, nach seinem Ermessen zu bestimmen, welche Unterlage er für seine Würdigung für erforderlich und ausreichend erachten will. (RG. I. 26. Jan. 1911.)

Jahrb. pag. 13.

§ 57.

Belehrungsfähigkeit reicht für das Erfordernis des Erkennungsvermögens nicht aus. Vorausgesetzt wird die Einsicht als eine dem Täter zur Zeit der Tat innewohnende, ihn zur eigenen Erkenntnis befähigende Verstandesreife. (RG. III. 17. Dez. 1910.)

Jahrb. pag. 15.

§ 65.

Der Mutter des Angeklagten, die von diesem bestohlen worden war, konnte, auch wenn sie geisteskrank und entmündigungsreif war, ein Pfleger bestellt werden, wenn das Vormundschaftsgericht einen solchen zur Stellung des Strafantrages für erforderlich, die Entmündigung aber und die Bestellung eines Vormundes für nicht angezeigt erachtete. Ob das Vormundschaftsgericht mit Recht die tatsächlichen Voraussetzungen für dieses Verfahren als vorliegend angenommen hat, ist für die Wirksamkeit des Strafantrages des einmal bestellten Pflegers ohne Belang und kann vom Strafrichter nicht nachgeprüft werden. (RG. V. 17. Nov. 1911.) D. R.*) Entsch. Nr. 333.

§ 120.

Gefangener ist jeder, dem in gesetzlicher Form die persönliche Freiheit entzogen ist und der sich infolgedessen in der Gewalt der zuständigen Behörde befindet. (RG. I. 5. Dez. 1910.)

Jahrb. pag. 29.

§ 174.

Obhut ist eine mit Aufsichtspflicht verbundene Fürsorge, durch die zwischen dem Behütenden und dem Behüteten ein Schutzverhältnis begründet wird,

*) Jahrbuch des Strafrechts und Strafprozesses. Beil. von: Das Recht, Rundschau f. d. deutschen Juristenstand. Hannover, Helwingsche Verlagsbuchhandlung.

*) Das Recht.

das den letzteren in Abhängigkeit von dem ersteren stellt. (RG. III. 11. Jan. 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 2765.

§ 224.

Ob die Geisteskrankheit unheilbar ist oder noch zur Zeit der Verurteilung besteht, ist gleichgültig. Entscheidend ist, daß der Krankheitszustand längere Zeit hindurch bestanden hat und seine Heilung sich überhaupt nicht oder doch der Zeit nach nicht hat bestimmen lassen. (RG. IV. 16. Sept. 1910.)

Jahrb. pag. 61.

§ 230.

Die Strafkammer stellt fest, daß die P. ein schwächliches Kind ist und infolge der Stockschläge zwei Nächte nicht hat schlafen können. Wenn die Strafkammer danach angenommen hat, daß sie durch die Stockschläge an der Gesundheit beschädigt worden ist und daß der Angeklagte daher die Grenzen der Schulzucht, welche nach § 50 Tl. II Titel 12 ALR. niemals zu Mißhandlungen ausgedehnt werden darf, die der Gesundheit des Kindes auch nur auf entfernte Art schädlich werden können, überschritten hat, so begegnet diese wesentlich auf tatsächlichem Gebiet liegende Annahme keinen rechtlichen Bedenken. Ohne Grund wird vom Beschwerdeführer bestritten, daß eine vorübergehende Störung des Nervensystems als Gesundheitsbeschädigung angesehen werden könne. (RG. 1. Nov. 1911.)

J. W.*) 8 pag. 420.

§ 230.

Abs. 2 spricht von einer besonderen Verpflichtung zur Aufmerksamkeit und nicht etwa von einer besonderen Aufmerksamkeit. Er stellt somit keine der Art nach von den allgemeinen Grundsätzen verschiedene Fahrlässigkeit auf, verlangt also auch von einem Lehrer keine größere Sorgfalt als von jedem anderen Menschen. Es wird nur eine erhöhte Strafbarkeit begründet für solche Handlungen, die zur Ausübung eines Amts oder Berufs gehören und zu deren sorgsamer Betätigung das Amt oder der Beruf noch besonders verpflichtet im Gegensatz zu den allgemeinen Pflichten eines jeden. (RG. III. 4. Jan. 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 524.

II. Strafprozessordnung.

§ 56.

Das Gesetz erklärt niemand für unfähig, als Zeuge vernommen zu werden. Insbesondere zieht es keine Altersgrenze. Ebenso wie geisteskranke Personen (RGSt. Bd. 33 S. 393) können auch Kinder (von 3 und 4 Jahren) vernommen werden. (RG. II. 14. Febr. 1911.)

Jahrb. pag. 149.

§ 56.

Die Tatsache, daß ein Zeuge wegen Geisteskrankheit entmündigt ist, steht seiner Beeidigung rechtlich nicht entgegen, wenn das Gericht sie für ungeeignet erachtet, die Annahme einer Verstandesschwäche des Zeugen zu rechtfertigen, durch welche die Anwendung des § 56 Nr. 1 StPO. begründet werden könnte. (RG. II. 13. Juni 1911.)

Jahrb. pag. 149.

§ 73.

Es besteht keine Vorschrift, die den Strafrichter an das Gutachten eines Sachverständigen bindet. Auch rein chemische Fragen konnte das Gericht aus eigener Sachkunde entscheiden. Es hatte nur eine gewissenhafte Selbstprüfung vorzunehmen, ob es hierzu aus eigener Erfahrung, Bildung und Wissenschaft imstande war. (RG. III. 16. März 1911.)

Jahrb. pag. 150.

§ 74.

Der für das Gebiet der ZPO. in dem Beschluß des RG. vom 6. Juni 1910 ausgesprochene Grundsatz, daß die Ablehnung eines Sachverständigen auch dann zulässig ist, wenn nur ein subjektives Mißtrauen gegen dessen Unparteilichkeit bei der Partei als gerechtfertigt erscheint, kann auch für das Gebiet des Strafverfahrens als richtig anerkannt werden. Dabei ist jedoch hervorzuheben, daß nicht etwa die bloße Meinung des Angeklagten, der Sachverständige sei befangen, genügen kann, vielmehr erforderlich ist, daß seine Meinung gerechtfertigt erscheint, der Besorgnisgrund also, der vom subjektiven Standpunkt des Angeklagten aus geltend gemacht wird, von diesem Standpunkt aus wirklich vorliegt. (RG. IV. 16. April 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 1411.

§ 79.

Der Eid eines Sachverständigen umfaßt auch die ganze tatsächliche Grundlage des Gutachtens. Insoweit darf daher der Sachverständige auch Tatsachen bekunden, ohne zugleich als Zeuge beeidigt zu sein. (RG. V. 24. Juni 1910.) Jahrb. pag. 151.

§ 79.

Auch in Bayern umfaßt der Diensteid der Landgerichtsärzte den allgemeinen Sachverständigeneid im Sinne des § 79 Abs. 2 StPO. (RG. I. 9. Jan. 1911.)

Jahrb. pag. 152.

*) Juristische Wochenschrift.

§ 79.

Wenn der kommissarisch vernommene Sachverständige sein Gutachten unter Berufung auf den ein für allemal geleisteten Sachverständigeneid abgegeben hat und dies deshalb nach § 79 Abs. 2 StPO. genügte, weil er für den Bezirk des ihn vernehmenden Amtsgerichts für die Erstattung von Gutachten der betreffenden Art im allgemeinen beeidigt war, so verliert das Gutachten die Eigenschaft eines eidlichen nicht dadurch, daß es vor einem andern Landgericht verwendet wurde. RGSt. Bd. 37 S. 364 steht nicht entgegen. (RG. III. 9. Jan. 1911.)

Jahrb. pag. 152.

§ 79.

Der Eid eines Sachverständigen umfaßt auch seine Bekundungen über Wahrnehmungen tatsächlicher Art, die zur Begründung seines Gutachtens erforderlich sind. (RG. II. 10. Juni 1910.)

Jahrb. pag. 151.

§ 79.

Wenn die nur infolge besonderer Sachkunde möglichen Wahrnehmungen eines Sachverständigen, z. B. der Befund eines Arztes bei der Untersuchung und seine Wahrnehmungen und Anordnungen bei der Behandlung eines Verletzten, unmittelbar Gegenstand seiner Aussage sind, sei es ausschließlich, sei es selbständig und unabhängig vom Gutachten neben diesem, so deckt der Sachverständigeneid diese Aussagen nicht, denn die Vernehmung eines sachverständigen Zeugen erfolgt nach § 85 StPO. unter dem Zeugeneid. (RG. I. 2. März 1911.)

Jahrb. pag. 151.

§ 79.

Wenn Zeugen nach ihrer Vernehmung auch noch mit dem Sachverständigeneid als Nacheid belegt werden sollen, so mußte der Angeklagte nach § 33 StPO. vorher gehört werden. Allein durch die Nichtanhörung ist sein Ablehnungsrecht nicht verkürzt, weil er die Sachverständigen als solche auch nach ihrer Beeidigung noch ablehnen konnte. Dies folgt aus §§ 79 Abs. 1, 83 Abs. 2 StPO., weil nach § 79 der Sachverständige der Regel nach vor Erstattung des Gutachtens zu beeidigen ist und nach § 83 ein Sachverständiger auch nach Erstattung des Gutachtens mit Erfolg abgelehnt werden kann. (RG. IV. 24. März 1911.) Jahrb. pag. 151.

§ 81.

Bei Prüfung des Antrages auf Unterbringung muß das Gericht die persönlichen Verhältnisse des Angeschuldigten berücksichtigen und insbesondere auch abwägen, ob die Schwere der beantragten Maßregel im Verhältnis steht zur Schwere der ihn etwa betreffenden Strafe. (Colmar, 2. Sept. 1910.)

Jahrb. pag. 152.

§ 81.

Einen gemäß § 81 StPO. ergangenen Beschluß hat nicht das Gericht, sondern die Staatsanwaltschaft zur Ausführung zu bringen. (Düsseldorf, 26. Juni 1909.)

Jahrb. pag. 152.

§ 81.

Gegen die Abweisung des Unterbringungsantrages ist eine sofortige Beschwerde der Staatsanwaltschaft nicht zugelassen. (Colmar, 2. Sept. 1910.)

Jahrb. pag. 152.

§ 81.

Ein auf Grund des § 81 StPO. in der Hauptverhandlung erlassener Beschluß kann mit der sofortigen Beschwerde angefochten werden. (Bay. OLG. 16. Febr. 1911.) Jahrb. pag. 152.

§ 81.

Gegen einen Beschluß, durch den von einem erkennenden Gerichte, wenn auch außerhalb der Hauptverhandlung, die Unterbringung des Angeschuldigten in eine öffentliche Irrenanstalt angeordnet wurde, findet sofortige Beschwerde nicht statt. (Karlsruhe, 3. Dez. 1910.) Jahrb. pag. 152.

§ 81.

Gegen einen Beschluß, welcher die Unterbringung und Beobachtung eines Angeschuldigten in einer öffentlichen Irrenanstalt anordnet, ist Beschwerde nur dann zulässig, wenn dieser Beschluß nicht von dem erkennenden Gericht vor der Urteilsfällung erlassen ist. (Hamburg, 31. Dez. 1909.)

Jahrb. pag. 153.

§ 122.

Die zur Abwendung der Untersuchungshaft hinterlegte Sicherheit des Angeklagten verfällt nicht, wenn er nicht in der Absicht zu fliehen und sich zu verbergen, sondern bereits mit dem Willen, sich zu entleiben, am Tage der Hauptverhandlung seine Wohnung verlassen, dazu aber zunächst nicht den Mut gefunden hat, rat- und planlos ohne eine bestimmte Absicht herumgeirrt und erst am folgenden Tag, als er einen anderen Ausweg, seiner Familie die Schande einer entehrenden Strafe ihres Ernährers zu ersparen, nicht gesehen, zur Selbstentleibung verschritten ist. (Dresden, 7. Sept. 1910.) Jahrb pag. 154.

§ 140.

Da der Angeklagte das 16. Lebensjahr vollendet

hat, war nach § 140 Abs. 2 Nr. 1 StPO. die Bestellung eines Verteidigers nicht erforderlich. Der Umstand, daß er infolge der Entmündigung nur beschränkt geschäftsfähig ist und deshalb nach bürgerlichem Recht einem Minderjährigen von mehr als 7 Jahren in seiner Geschäftsfähigkeit gleichsteht, kommt für das Strafverfahren nicht in Frage. Wie die strafrechtliche Verantwortlichkeit nach Erreichung des 18. Lebensjahres rein persönlicher Art ist, nur von der Zurechnungsfähigkeit abhängt und deshalb ganz unabhängig von der im Bürgerlichen Recht geordneten Geschäftsfähigkeit ermittelt und beurteilt wird, so ist auch im Verfahren die Fähigkeit eines Angeklagten, vor Gericht aufzutreten und dort die ihm eingeräumten Befugnisse selbst und ohne Verteidiger wahrzunehmen, ganz unabhängig davon, ob er im Sinne des Bürgerlichen Rechts geschäftsfähig und nach der Bürgerlichen Prozeßordnung prozeßfähig ist. (RG. I. 11. Jan. 1912.) D. R. Entsch. Nr. 710.

§ 243.

Ein Beweisantrag des Angeklagten, ihn auf seinen Geisteszustand untersuchen zu lassen und zwei bestimmte, namhaft gemachte Ärzte zu laden, die ihn untersucht hätten, kann nicht mit der Begründung abgelehnt werden, daß die in die Wissenschaft der Ärzte gestellten Tatsachen für die Bildung der richterlichen Überzeugung unerheblich sind; denn die Begründung läßt die Auffassung zu, daß der Angeklagte einen Zeugenbeweis über von jenen Ärzten wahrgenommene Tatsachen, die einen Rückschluß auf seinen Geisteszustand gestatteten, nicht einen Sachverständigenbeweis gewollt hat (§ 85). Die Ablehnung eines solchen mit der angegebenen Begründung ist aber nur zulässig, wenn die behaupteten Tatsachen auch bei ihrer Unterstellung als wahr für das tatsächliche Ergebnis der Beweiswürdigung ohne Bedeutung sind. Das Gericht hätte in diesem Falle die behaupteten Tatsachen bestimmt bezeichnen und einer Würdigung auf ihre Erheblichkeit unterziehen müssen. (RG. III. 27. Okt. 1910.)

Jahrb. pag. 161.

§§ 243 Abs. 2, 377 Ziff. 8.

Es war Beweis angeboten dafür, daß der Angeklagte sinnlos alle möglichen Gegenstände zusammenkaufe. Aus dieser Tatsache wollte der Verteidiger gefolgert wissen, daß Anlaß bestehe, an der Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten zu zweifeln. Die Strafkammer sagt, daß sinnloses Zusammenkaufen kein Beweis für das Bestehen „geistiger Unzurechnungsfähigkeit" sei. Das ist eine tatsächliche Erwägung, deren Richtigkeit in der Revisionsinstanz nicht nachzuprüfen ist. Sie räumt aber den Beweisantrag nicht aus. Mag sinnloses Zusammenkaufen auch noch kein Beweis für das Bestehen einer Geistesstörung sein, so ist es doch eine auffällige Erscheinung, die auf eine unnormale Geistestätigkeit hindeutet und mindestens insoweit Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten begründen muß, daß nach dieser Richtung weitere Ermittlungen, etwa durch Vernehmung eines Sachverständigen, veranlaßt werden. Die Ablehnung des Beweisantrages enthält deshalb eine unzulässige Beschränkung der Verteidigung des Angeklagten. (RG. I. 9. Mai 1912.)

J. W. Nr. 17 pag. 946.

§ 247.

§ 247 StPO. bezieht sich nur auf die Entfernung der Zeugen und Sachverständigen von der „Gerichtsstelle" und versteht darunter nicht das Sitzungszimmer, sondern das Gerichtsgebäude. Die StPO. enthält in Betreff der zeitweiligen Entfernung der erwähnten Personen aus dem Sitzungssaal überhaupt keine Vorschriften; darüber zu befinden, ist vielmehr dem Ermessen des Vorsitzenden überlassen, wie ihm anheimgegeben ist, ob und welche Maßregeln zu treffen sind, um einen Verkehr des Zeugen mit andern Personen zu verhüten. (RG. IV. 21. Nov. 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 155.

§ 250.

Die richterliche Vernehmung eines Sachverständigen erfordert, daß der vernommene Sachverständige eine mündliche Erklärung abgibt, durch welche er den Inhalt und die Gründe seines Gutachtens zur Kenntnis des Richters bringt. Diese Erklärung kann durch den Hinweis auf ein zu den Akten gebrachtes Gutachten, ohne daß dessen Inhalt mündlich wiederholt wird, nicht ersetzt werden, da der Richter durch diesen Hinweis von dem Gutachten nichts erfährt und nicht in die Lage versetzt wird, gemäß §§ 68, 72 StPO. zur Aufklärung und zur Erforschung der Gründe des Gutachtens nötigenfalls weitere Fragen an den Sachverständigen zu richten. Da hiernach das schriftliche Gutachten keinen Teil der Vernehmung des Sachverständigen gebildet hat, verstößt dessen Verlesung gegen § 250 (RG. IV. 2. Mai 1911.) Jahrb. pag. 163.

§ 262.

Ist der Angeklagte zur Zeit der Tat unter 18 Jahren gewesen, so bedarf seine zur Erkenntnis der Strafbarkeit erforderliche Einsicht einer ausdrücklichen Feststellung, die durch die Erwähnung des

§ 57 StGB. als angewendetes Strafgesetz nicht ersetzt wird. (RG. IV. 30. Jan. 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 837.

§ 397.

Obwohl beide Angeklagte unter 18 Jahre alt waren, fehlte es in den Urteilsgründen an einer Feststellung, ob sie bei Begehung der Tat die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht besessen hatten. Auf die Revision nur des einen Angeklagten ist das Urteil aufgehoben, und zwar entsprechend dem Urteil RGSt. Bd. 16, S. 417 auch bezüglich des andern Angeklagten, jedoch nur hinsichtlich des von ihm gemeinschaftlich mit dem Beschwerdeführer begangenen Diebstahls, nicht zugleich wegen der andern gegen ihn festgestellten Straftaten, an denen der Beschwerdeführer nicht beteiligt ist. Denn nur hinsichtlich dieses Teils erstreckt sich das gegen den Beschwerdeführer aufgehobene Urteil auf den andern Angeklagten. (RG. III. 20. Nov. 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 161.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Die Debatte über das Irrenwesen im deutschen Reichstag** am 26. XI. 1912. (Abdruck des stenographischen Berichts.)

Bericht, betreffend reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens usw. (Nr. 317 der Drucksachen). Berichterstatter: Abgeordneter Thiele. (Antrag: Überweisung als Material.)

Thiele, Abgeordneter, Berichterstatter: Meine Herren, die Petitionskommission empfiehlt Ihnen, die Petition des Gutsbesitzers Schliephacke in Sasbachwalden dem Herrn Reichskanzler als Material zu überweisen. An sich ist ja dieses Votum für den Petenten nicht eben sehr ermutigend; in der Regel besagt die Überweisung als Material ja nur, daß man die Petition eben los sein will. Aber dieser Grund hat die Petitionskommission bei ihrem Antrag nicht geleitet; sie war vielmehr einstimmig der Meinung, daß das Irrenwesen unbedingt auf dem Wege der Reichsgesetzgebung geregelt werden müsse. Wenn sich die Petition darauf beschränkt hätte, die Erfüllung dieses Prinzips zu fordern, so hätte die Petitionskommission gewiß mit sehr großer Mehrheit die Überweisung zur Berücksichtigung empfohlen. Aber der Petent hat sich nicht darauf beschränkt, die grundsätzliche Forderung der reichsgesetzlichen Regelung auszusprechen, sondern er hat eine ganze Menge detaillierter Vorschläge darüber gemacht, wie er sich diese Regelung denkt. Unter diesen Vorschlägen sind, wie Sie im schriftlichen Bericht sehen, manche recht brauchbare, aber auch andere weniger zweckmäßige, mit denen die Kommission sich nicht durchaus einverstanden erklären konnte, so daß insgesamt die Überweisung als Material beschlossen wurde.

Meine Herren, über die Wichtigkeit und Notwendigkeit einer reichsgesetzlichen Regelung des Irrenwesens kann kein Zweifel mehr obwalten. Das beweisen die Skandale, welche seit Jahren immer wieder die Öffentlichkeit und die Gerichte beschäftigen, die unrechtmäßige Unterbringung einzelner Personen in den Irrenanstalten und die Zustände in diesen Anstalten selbst. Bis jetzt ist ja die Irrengesetzgebung Landessache. Aber zweifellos ist das Reich für diese Gesetzgebung kompetent. Der verstorbene Kollege Lenzmann, der diese Fragen ja wiederholt im Reichstag behandelt hat, hat ausdrücklich nachgewiesen, daß nach Art. 4 der Reichsverfassung unbedingt auch die Irrengesetzgebung zur Zuständigkeit der Reichsgesetzgebung gehört.

Es genügen nun offenbar in keinem Lande Deutschlands die Vorschriften über die Irrengesetzgebung den Ansprüchen, die diese wichtige Materie erfordert. Jeder von uns hat zu Hause wohl eine kleine Bibliothek von Broschüren, deren Verfasser Personen sind, die zu Unrecht ins Irrenhaus eingesperrt worden waren. Erst in den letzten Tagen ist uns ja wieder eine Broschüre aus Oberschlesien zugegangen, die auf geradezu rechtlose Zustände hinweist.

Wenn also diese Skandale, die fortgesetzt an die Öffentlichkeit dringen, auf dem Wege der landesgesetzlichen Regelung der Materie nicht zu beseitigen sind, so muß eben das Reichsgesetz eingreifen. Wir dürfen auch nicht vergessen, daß es nicht weniger als etwa 70000 Personen sind, die jetzt in Deutschland in öffentlichen Irrenanstalten oder ähnlichen Privatinstituten untergebracht worden sind,

(hört! hört! bei den Sozialdemokraten)

und daß die größte Notwendigkeit vorliegt, daß jeder davor geschützt wird, zu Unrecht in eine solche Anstalt eingesperrt zu werden.

(Sehr wahr! links.)

Denn es kann wahrlich kein Spaß sein, in einer Anstalt von Irren festgehalten zu werden mit dem Bewußtsein, daß man völlig Herr seiner Sinne ist.

Ich will über die Definition des Wortes „Irresein“ mich heute nicht auslassen. Ich will nur daran erinnern, daß mancher Arzt jemand bereits für nicht völlig geistig zurechnungsfähig hält, den andere für durchaus geistesgesund erklärt haben. Meine Herren, wenn Sie in ihrem Gedächtnis nachblättern, welche Prozesse von den Prozessen gegen das Kloster Mariaberg und die Alexianerbrüder in der Mitte der neunziger Jahre an sich abgespielt haben bis zum Fall der Fürstin Wrede und bis in die allerletzten Tage hinein, welche Fülle von Material da der Öffentlichkeit unterbreitet worden ist, so muß jeder zugeben: es besteht eine völlige Rechtsunsicherheit darüber, ob einer in das Irrenhaus gesperrt wird. Da hat z. B. eine Frau einen Liebhaber, der ihr lieber ist als ihr Ehemann, und der Liebhaber, wenn er ein

Arzt ist — der Fall ist vorgekommen —, stellt das Zeugnis aus, daß der Mann geisteskrank ist, und er wird von seiner Frau interniert. Das sind doch heillose Zustände, die in einem geordneten Staatswesen nicht mehr vorkommen dürften.

Da die landesgesetzliche Regelung des Irrenwesens bisher versagt hat, so muß eben das Reichsgesetz eingreifen. Der Reichstag hat bereits wiederholt dazu Stellung genommen. Unser früherer Kollege Kruse, auch der bereits erwähnte Kollege Lenzmann haben nach der Richtung hin Anträge gestellt, und der Reichstag hat vor nunmehr wohl 15 Jahren einstimmig einen Antrag Kruse angenommen, welcher fordert, daß ein Gesetz vorgelegt werden soll über die Aufnahme, über die Aufenthaltsbedingungen und über die Entlassung der Personen, die in Irrenanstalten und ähnlichen Instituten untergebracht worden sind. Die Reichsregierung dagegen verhält sich dazu vollständig ablehnend. Noch vor zehn Jahren hat der damalige Reichstag sich wiederum nach dieser Richtung ausgesprochen. Damals erklärte unser jetziger Kollege Herr Graf Posadowsky als Staatssekretär des Innern, daß die Irrengesetzgebung wohl besser der Landesgesetzgebung überlassen bliebe. Wiederholt hat dann später die Reichsregierung denselben Standpunkt uns gegenüber vertreten.

Im vorigen Jahre allerdings, als der Reichstag sich wiederum mit einer dieser Petitionen zu beschäftigen hatte, hat der damalige Regierungskommissar wenigstens zugestanden, daß innerhalb der Bundesregierungen die Meinungen darüber geteilt seien. Es wird aber notwendig sein, daß der Reichstag von neuem, und zwar in recht kräftiger Weise einen Vorstoß macht.

Ich behalte mir vor, beim Reichsamt des Innern eine volle Übersicht über das gesamte Material zu geben, welches uns für die Irrengesetzgebung und für die Beurteilung der gegenwärtigen Zustände auf diesem Gebiete zur Verfügung steht. Vorerst habe ich Sie im Namen der Petitionskommission zu bitten, die Petition des Gutsbesitzers Schliephacke in Sasbachwalden dem Herrn Reichskanzler als Material zu überweisen.

(Bravo! bei den Sozialdemokraten.)

Vizepräsident Dr. Paasche: Das Wort hat der Abgeordnete Dr. Gerlach.

Dr. Gerlach, Abgeordneter:*) Meine Herren, wenn ich zu der Frage des heutigen Tages ebenfalls das Wort ergreife, so geschieht es nicht unmittelbar in der Absicht, um den Worten des Gesuchstellers näherzutreten, und zwar aus dem Grunde nicht, weil ich die Verhältnisse und die Erlebnisse des Herrn nicht kenne, auch nicht weiß, ob seine Angaben Wirklichkeit sind, und weshalb sie der Wirklichkeit entsprochen haben. Ich spreche auch nicht im Namen meiner Fraktion, sondern ich ergreife das Wort im Interesse des Psychiaterstandes, dem ich selbst seit vierzig Jahren angehöre, und weil ich auf Grund meiner Erfahrungen wohl ein Urteil darüber haben kann, wie weit die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen für das Irrenschutzrecht oder dagegen sprechen.

Gegen den Namen „Irrengesetzgebung" möchte ich zunächst einwenden, daß es eine solche Bezeichnung überhaupt nicht geben kann — denn ein Gesetz für die Irren kann es nicht geben —, sondern man müßte zutreffender sagen: Irrenschutzgesetz oder Irrenschutzrecht.

Nun sind im Laufe der Jahre ganz gewaltige Beschuldigungen gegen die Psychiater erhoben worden. Aber diese Vorwürfe und Beschuldigungen, wie man sie erhebt, sind keineswegs neueren Datums, sondern sie gehen auf über hundert Jahre zurück. Schon im Jahre 1803 und 1804, als die damals eingerichtete Abteilung der Charité sich mehr und mehr füllte, wurden Bedenken erhoben, ob diejenigen, die in der Charité untergebracht waren, auch wirklich des Aufenthaltes und der Unterbringung daselbst bedürftig seien. Im Laufe der Jahre haben sich diese Vorwürfe und Beschuldigungen durchaus nicht gemildert, und es ist bekannt, daß im Jahre 1892 der bekannte Artikel der „Kreuzzeitung" erschien, in welchem hervorgehoben wurde, daß auf keinem Gebiete unseres Rechtslebens dem Irrtum, der Willkür und der bösen Absicht ein solcher Spielraum gewährt werde als gerade auf dem der Irrsinnserklärung. Weiterhin war in diesem Aufruf der „Kreuzzeitung" der Satz enthalten,

> daß die Entscheidung über jede Entmündigung wegen Geisteskrankheit und über jede Internierung in einer Irrenanstalt, bei der es sich nicht um einen plötzlich in gefahrdrohender Weise hervortretenden Ausbruch von Geistesstörung handelt, in die Hand einer Kommission unabhängiger Männer gelegt werde, die das Vertrauen ihrer Mitbürger genießen. In den erwähnten dringenden Notfällen der sofortigen von der Polizei oder den Nächstbeteiligten vorzunehmenden Überführung in ein Irrenhaus wird eine nachträgliche Prüfung stattzufinden haben.

Endlich wurde auch erklärt, daß eine schärfere Kontrolle der Irrenanstalten, insbesondere der privaten, für dringend geboten zu erachten ist.

Diesem Aufruf der „Kreuzzeitung" gegenüber nahm im Jahre 1893 der Verein der deutschen Irrenärzte Stellung, und der Herr Präsident wird mir gütigst gestatten, daß ich die Beschlüsse kurz verlese, die dieser Verein damals gefaßt hat. In dieser Erklärung der deutschen Irrenärzte wird gesagt:

I. 1. Die über die Aufnahme in Irrenanstalten — privaten und öffentlichen — und über die Entlassung aus denselben bestehenden Vorschriften und gesetzlichen Bestimmungen bieten volle Sicherheit gegen ungerechtfertigte Aufnahme und gegen ungerechtfertigte Verlängerung des Aufenthalts des Aufgenommenen in den Anstalten.

Der Nachweis von in Preußen und im übrigen Deutschland angeblich vorgekommenen ungerechtfertigten Aufnahmen oder zu Unrecht

*) Anm. d. Red.: Dr. Gerlach ist der frühere Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Münster i. W., Geh. Med.-Rat Dr. G.

oder böswillig verzögerten Entlassungen ist noch niemals geführt worden.

2. Eine Milderung der gültigen Aufnahmebestimmungen ist ohne irgendwelche Gefährdung der persönlichen Freiheit der Kranken durchführbar und im Interesse derselben und der Möglichkeit ihrer Heilung dringend erwünscht.
3. Die Verwirklichung der in dem Aufruf gestellten Forderung: „die Entscheidung über die Aufnahme in die Hand einer Kommission unabhängiger Männer zu legen", würde den beabsichtigten Schutz nicht gewähren, eine rationelle Behandlung, Pflege und Bewachung der Geisteskranken unmöglich machen, die öffentliche Ordnung und Sicherheit gefährden und sich zudem als kaum ausführbar erzeigen.
4. Die Aufnahme in eine öffentliche oder private Irrenanstalt kann und darf nicht von der vorher erfolgten Entmündigung abhängig gemacht werden, wie das auch in allen deutschen Staaten, insbesondere Preußen, anerkannt ist.

II. 1. Die über die Beaufsichtigung der Irrenanstalten, öffentlicher sowohl wie privater, bestehenden Vorschriften und die den Behörden zu dem Zwecke eingeräumten Befugnisse genügen den strengsten Vorschriften und bieten, richtig gehandhabt, nach jeder Richtung hin volle Sicherheit.

Eine ihren Zwecken mehr entsprechende und häufigere Ausführung der betreffenden Vorschriften ist im öffentlichen und im Interesse der Kranken und ihrer Familien dem Verein der deutschen Irrenärzte nur erwünscht. Die von maßgebender Stelle ausgesprochene Absicht, einen hervorragenden Kenner der Psychiatrie in erster Linie mit der Beaufsichtigung der privaten und öffentlichen Irrenanstalten zu betrauen, entspricht, sofern derselbe durch langjährige Erfahrung im Anstaltsdienst mit der Irrenpflege vertraut ist, dem schon 1877 und 1878 vom Verein der deutschen Irrenärzte gestellten und seither wiederholten Verlangen.

Die Beaufsichtigung der öffentlichen und privaten Irrenanstalten liegt schon jetzt höheren Verwaltungsbeamten, dem Landeshauptmann, dem Oberpräsidenten, dem Regierungspräsidenten, ob. Gegen die beabsichtigte Beteiligung eines höheren Verwaltungsbeamten an der Beaufsichtigung der Irrenanstalten neben dem Kenner der Psychiatrie wird ein Einwand nicht erhoben. Wohl aber muß im Interesse der Kranken und ihrer Familien, im Interesse der Ruhe und Ordnung in der Anstalt gegen die Zuziehung von Elementen, welche nicht nach Fachkenntnis urteilen, sondern auf den Augenschein sehen, entschiedene Verwahrung eingelegt werden.

2. Die privaten Irrenanstalten sind ein dringendes Bedürfnis. Die in dem Aufruf gegen die Irrenärzte und namentlich gegen die Privatanstalten erhobenen Beschuldigungen sind unbegründet, ungerecht und, weil dadurch Mißtrauen erregt wird, Vorurteile erweckt und genährt werden, im Interesse der Kranken und ihrer Familien sehr zu bedauern.

Die Entscheidung, ob eine Entmündigung zu verhängen oder eine ausgesprochene Entmündigung wieder aufzuheben sei, kann nur auf Grund ärztlicher Gutachten und Richterspruch erfolgen. Die Verwirklichung des in dem Aufruf erhobenen Verlangens, die Entscheidung über die Entmündigung in die Hand einer Kommission unabhängiger Männer zu legen, welche das Vertrauen ihrer Mitbürger genießen, nicht nach Fachkenntnissen urteilen, auch nicht durch medizinische Gutachten beeinflußt sind, sondern auf den Augenschein sehen, würde nur das Interesse und das Wohl der in Frage kommenden Personen, die Rechtssicherheit und das Vertrauen in die Rechtspflege schädigen, die öffentliche Sicherheit und Ordnung gefährden und seinen Zweck verfehlen. Ein solches Verlangen beruht auf völliger Unkenntnis der tatsächlichen Verhältnisse und ist unausführbar.

Das in Preußen und Deutschland gültige Verfahren in Entmündigungssachen bietet durch die Anordnung provisorischer Fürsorge, die ausgedehnte Zulassung der Anfechtungsklage, Zulässigkeit einstweiliger Verfügungen zum Schutze der Personen und des Vermögens, durch die Möglichkeit, jederzeit eventuell im Wege des Prozesses die Wiederaufhebung der Entmündigung erwirken zu können, durch Zulassung der Rechtsmittel: Beschwerde, Klage, Berufung, Revision — und durch die Befugnis des Staatsanwalts, in allen Fällen im Interesse des zu Entmündigenden oder des Entmündigten ein Verfahren zu betreiben, einen ausreichenden Schutz für die persönliche Freiheit, die bürgerliche Selbständigkeit und das Vermögen aller derjenigen Personen, gegen welche der Verdacht einer Geisteskrankheit angeregt und deshalb ein Entmündigungsantrag gestellt ist.

Der Nachweis für die Behauptung des Aufrufs, daß ungerechtfertigte Entmündigungen in Preußen oder im übrigen Deutschland vielfach oder auch nur einmal und namentlich, daß dieselben infolge mangelhafter gesetzlicher Bestimmungen des Entmündigungsverfahrens vorgekommen seien, ist in keiner Weise erbracht und somit auch nicht der Nachweis für das angeblich vorhandene Bedürfnis einer Abänderung des bestehenden Rechts.

Sodann fordert der Verein der deutschen Irrenärzte eine bessere theoretische und praktische Ausbildung aller Ärzte in der Psychiatrie, und ferner „der Zentralbehörde ist ein mit der Psychiatrie und der Irrenpflege durch langjährige Erfahrungen im Anstaltsdienst theoretisch und praktisch vertrauter Irrenarzt als technischer Rat beizugeben. Demselben ist die Leitung des gesamten Irrenwesens und die

Oberaufsicht über die Irrenpflege zu übertragen, und hat derselbe diesem Amt ausschließlich zu leben".

Diesem Beschluß des Vereins für deutsche Irrenärzte füge ich noch einen weiteren Beschluß hinzu, der im September 1895 gefaßt worden ist und dahin geht, daß die Schaffung einer eigenen Abteilung für das Irrenwesen in der Zentralbehörde die unerläßliche Vorbedingung für eine planmäßige, konsequente und zielbewußte Entwicklung unseres Irrenwesens ist, daß so und nur so eine genügende und wohltätige, nach allen Seiten hin wirkende Staatsaufsicht über die Irrenanstalten geführt werden kann.

Das sind die Beschlüsse des Vereins der deutschen Irrenärzte. Seitdem sind viele Jahre ins Land hinausgegangen, und mancherlei Veränderungen sind vorgekommen. Die Aufsicht über das Irrenwesen ist geändert worden. Das Bürgerliche Gesetzbuch ist zustande gekommen, und damit auch eine Änderung des Verfahrens der Entmündigung. Es ist ferner in der Prüfungsordnung die Psychiatrie als obligatorisches Fach anerkannt worden, und somit sind also diejenigen besser imstande, zu urteilen, denen man früher mancherlei mit Unrecht zum Vorwurf gemacht hat.

Wenn man fragt, woher die verschiedenen Anklagen und Beschuldigungen kommen, so wird man nicht verkennen können, daß in der Mehrzahl der Fälle die Angaben von solchen stammen, die früher in der Anstalt waren, und die als ungeheilt oder gebessert entlassen worden sind, aber eine Einsicht in ihren Krankheitszustand noch nicht erlangt hatten. Ich persönlich kann Ihnen sagen, daß in vielen akuten, frischen geistigen Erkrankungen nach Ablauf des ersten Krankheitszustandes vielfach ein eigenartiger Zug sich bemerkbar macht, daß die Betreffenden sagen: „Weshalb sind wir in der Anstalt? So krank war ich doch noch nicht, um der Anstalt zugeführt werden zu müssen!" Wenn in diesem Zustande die Kranken schon zur Entlassung kommen, so sind sie diejenigen, welche wiederum mancherlei krankhafte Eindrücke, die sie in ihrem Krankheitszustande aufgenommen haben, für die sie aber noch kein zutreffendes Urteil gewonnen haben, verbreiten, und dadurch mancherlei Vorurteile gegen die Irrenanstalten erwecken.

Nun muß man sich sagen, daß das Verordnungswesen, wie es für unsere Irrenanstalten besteht, an und für sich vollkommen genügt, wenngleich ich nicht verkennen will, daß juristischerseits viel dafür spricht, daß ein Irrenschutzgesetz ergehen möchte, weil jede Verordnung an und für sich wieder auf gesetzlicher Grundlage beruhen muß.

Wenn ich mir erlaube, Ihnen nunmehr den Gang zu schildern, wie er bei der Aufnahme von Kranken in unseren Anstalten sich abspielt, so werden Sie daraus entnehmen können, daß eine Möglichkeit, daß geistig Gesunde als Kranke in einer Anstalt Aufnahme finden und darin weiterhin als Kranke verpflegt werden könnten, absolut ausgeschlossen ist. Die Aufnahme in eine solche Anstalt ist nur möglich auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses, eines Zeugnisses, das vom Arzt ausgestellt wird auf Grund einer von ihm vorgenommenen persönlichen Untersuchung des Kranken. Außerdem aber bedarf es, wenn der Betreffende einer Anstalt zugeführt bezw. für die Aufnahme dort angemeldet wird, immer und für alle Fälle der Zustimmung der Ortspolizeibehörde. Und wenn als fernerer Faktor auch noch ein Zahlungsrevers ausgestellt wird, so werden Sie aus diesen drei Faktoren entnehmen können, daß eine widerrechtliche Überführung eines Kranken in eine Anstalt unmöglich ist. Aber sollte der Arzt, der das ärztliche Zeugnis ausstellt, über den wirklichen Krankheitszustand sich geirrt haben, so ist es nicht möglich, daß dieser Irrtum weiter besteht, weil bei der Aufnahme des Kranken in die Anstalt sofort wieder ein Arzt da ist, um die Aufnahme des Kranken in die Anstalt zu vollziehen, den Kranken sofort zu untersuchen und das Zustandsbild sofort der Krankengeschichte zu übergeben. Sodann aber kommen in den folgenden Tagen oder noch an demselben Tage auch andere Ärzte, die in der Anstalt angestellt sind, mit dem Kranken in Berührung und zur Untersuchung des betreffenden Kranken. Es werden sodann in der täglichen ärztlichen Konferenz oder Besprechung über jede frische Aufnahme eines Kranken eingehende Besprechungen vorgenommen, die das Ergebnis der ärztlichen Untersuchung feststellen.

Nun, meine Herren, wenn der betreffende Kranke in eine Anstalt aufgenommen ist, so ist die erste Pflicht des Anstaltsleiters, sofort unter allen Umständen der Kgl. Staatsanwaltschaft Mitteilung zu geben über die erfolgte Aufnahme; er muß ferner Mitteilung geben der Ortspolizeibehörde, und sodann muß er unter Vorlegung der sämtlichen eingereichten Papiere, etwaigenfalls unter Hinzufügung des von ihm oder einem der Ärzte festgestellten Befundes, diese Papiere dem Landeshauptmann der Provinz zuschicken, der wiederum selbst oder durch den betreffenden Dezernenten eine Prüfung vornehmen läßt, ob in irgendeiner Weise gegen die Bestimmungen der Aufnahmebedingungen gehandelt bezw. diesen entsprechend verfahren ist. Im Laufe der weiteren Zeit erkundigt sich die Staatsanwaltschaft immer wieder nach dem Befinden der einzelnen Kranken, erkundigt sich speziell, ob es wünschenswert oder notwendig ist, eine Entmündigung einzuleiten oder nicht; sodann erkundigt sich aber auch die Staatsanwaltschaft immer wieder bei den einzelnen Ortsbehörden, ob Vermögensverhältnisse oder sonstige Gründe vorliegen, die eine Entmündigung als zweckdienlich erscheinen lassen.

Anders liegen die Verhältnisse bei der Überführung von Kranken in Privatirrenanstalten. Bei diesen genügt nicht das Zeugnis eines einfachen Arztes, sondern es muß nach der ministeriellen Bestimmung aus dem Jahre 1901 das ärztliche Aufnahmezeugnis unter allen Umständen vom Kreisarzt, also einem beamteten Arzt, ausgestellt werden, und sollte in einem Notfall auf Grund eines einfachen ärztlichen Attestes die Aufnahme eines Kranken in eine Privatirrenanstalt erfolgt sein, so ist der Leiter der Privatirrenanstalt verpflichtet, sofrto

dem Kreisarzt Mitteilung zu machen, damit dieser den Kranken untersucht und sein Urteil über den Zustand des Kranken abgibt. Sollte der Kreisarzt zu der Überzeugung kommen, daß irgendein Grund vorliegt, der der Aufnahme und Unterbringung in einer Anstalt zuwider ist, so muß der Kranke sofort aus der Privatirrenanstalt entlassen werden.

Nun, meine Herren, sind ja trotz dieser Vorsichtsmaßregeln immer wieder neue Beschuldigungen hervorgerufen worden, und diese Beschuldigungen, die ja, wie ich schon sagte, vor hundert Jahren bereits entstanden sind, sind vielleicht von neuem gesteigert und vermehrt worden durch die erhebliche Zunahme der in die öffentlichen und privaten Irrenanstalten untergebrachten Kranken. Nach meiner Auffassung muß man den verschiedenen provinziellen Verwaltungen und auch den verschiedenen Bundesstaaten Dank sagen dafür, daß sie dem Irrenwesen gegenüber eine so hervorragende Aufmerksamkeit im Interesse der Kranken an den Tag gelegt haben. Meine Herren, unser Anstaltswesen und speziell unser Irrenanstaltswesen ist nicht dazu bestimmt, als Verwahrungsort der Irren zu dienen, sondern unsere Irrenanstalten dienen zunächst dem Zwecke der Heilung und dem Zwecke der Besserung oder, wenn dies nicht erreicht werden sollte, so dienen sie dazu, wenigstens eine sorgsame Verpflegung und Behandlung den armen, bedauernswerten Kranken zuteil werden zu lassen. Ich erlaube mir, um Ihnen zu zeigen, wie sehr die verschiedenen Bundesstaaten für das Irrenwesen gesorgt haben, zwei Jahre hervorzuheben; das eine ist das Jahr 1890 und das andere das Jahr 1911. Während im Deutschen Reich im Jahre 1890 ein Kranker in der Anstalt auf 843 Seelen der Bevölkerung kam, kam im Jahre 1911 ein Kranker auf 453 Seelen, im Königreich Preußen im Jahre 1890 ein Kranker auf 905 Seelen, im Jahre 1901 ein Kranker auf 458 Seelen; im Königreich Bayern, wo im Jahre 1890 ein Kranker auf 966 Einwohner kam, ist die Zahl auf 483 gestiegen, im Königreich Sachsen von 740 auf 499, im Königreich Württemberg von 719 auf 382, im Großherzogtum Baden von 633 auf 345, im Großherzogtum Hessen von 920 auf 413, im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin von 704 auf 496, im Großherzogtum Mecklenburg-Strelitz von 974 auf 505, im Großherzogtum Oldenburg von 1064 auf 630, im Großherzogtum Sachsen-Weimar und Fürstentum Schwarzburg-Sondershausen von 878 auf 680, im Herzogtum Braunschweig von 622 auf 399, in Elsaß-Lothringen von 683 auf 459, in Hamburg von 310 auf 276, in Bremen von 546 auf 418, in Lübeck von 525 auf 370.

Diese vermehrten Aufnahmen haben es natürlicherweise mit sich gebracht, daß das Aufsichtswesen in unserer Anstalt in vermehrter Weise gesteigert worden ist. Ich möchte hier zunächst auf die Privatanstalten hinweisen. Die Privatanstalten werden jedes Jahr zweimal von dem Kreisarzt genau untersucht, wobei der Kreisarzt die Pflicht hat, jeden einzelnen Kranken von neuem wieder zu untersuchen und festzustellen, ob in irgendeiner Weise Gründe vorliegen, die den weiteren Aufenthalt in der Anstalt nicht mehr bedingen sollten. Ferner ist aber seit dem Jahre 1896, besonders im Königreich Preußen, eine staatliche Besuchskommission eingerichtet worden, die alljährlich unvermutet die einzelnen Privatirrenanstalten besucht und nach bestimmt vorgeschriebenem Verfahren sich mit den einzelnen Verhältnissen der Kranken beschäftigen muß, und die auch über die ganzen inneren Einrichtungen der Anstalt immer wieder von neuem ihr näheres Urteil abgeben soll. Für die öffentlichen Irrenanstalten im Königreich Preußen besteht als unmittelbare Aufsichtspersönlichkeit und Aufsichtsbehörde hinsichtlich der gesundheitlichen Fragen der Oberpräsident, während die sonstige Beaufsichtigung unmittelbar dem Landeshauptmann bezw. dem Regierungspräsidenten über die Privatanstalten zusteht.

Nun gebe ich einwandsfrei zu, daß die Besichtigung in unseren öffentlichen Anstalten vielleicht im allgemeinen mancherlei Wünsche berechtigt erscheinen läßt; denn die Besichtigungen, wie sie in unseren öffentlichen Anstalten vorkommen, sind teilweise durch das Vertrauen bedingt, welches der Leiter einer Anstalt der vorgesetzten Behörde gegenüber genießt, andererseits vielleicht aber auch durch mancherlei Mängel bedingt, die in einer Anstalt bestehen, die man nicht gern immer wieder von neuem hört und nicht gern anderen vorführt. Mir selbst ist im Königreich Preußen eine öffentliche Anstalt bekannt, die besonders hinsichtlich der Unterbringung von unruhigen Kranken mancherlei Schäden bietet, indem die unruhigen Frauen und unruhigen Männer gleichsam unter einem Dache wohnen, da das Haus selbst in Hufeisenform, in einer halben H-Form gebaut ist, wo auf der einen Seite die Männer, auf der anderen Seite die Frauen untergebracht sind, so daß die Störungen durch unruhige Frauen vielfach nachteilig auf den Zustand der unruhigen männlichen Kranken wirken. Das sind Übelstände, die bei den Privatanstalten meines Erachtens absolut unmöglich sind, und zwar aus dem Grunde, weil die Privatirrenanstalten durch den regelmäßigen Besuch der staatlichen Besuchskommission derartige Mißverhältnisse für die Dauer nicht bestehen lassen können.

Nun fragt es sich, wie auch sonst die Aufsicht in den übrigen Staaten über das Anstaltswesen ist.

In Bayern wird die Aufsicht über die öffentlichen Anstalten durch die Kgl. Kreisregierungen unter der Oberaufsicht des Staatsministeriums des Innern geführt. Über die Privatirrenanstalten in Bayern hat die Aufsicht die zuständige Distriktpolizeibehörde, die eine öftere unvermutete Revision vorzunehmen hat. Außerdem erfolgen periodische Besichtigungen durch den Kreismedizinalrat.

Im Königreich Sachsen sind die öffentlichen Anstalten staatlich; die Beaufsichtigung der Privatanstalten liegt der zuständigen Amtshauptmannschaft bezw. dem Stadtrat im Einvernehmen mit dem Bezirksrat ob.

Im Königreich Württemberg wird die unmittelbare Aufsicht über die staatlichen Irrenanstalten von dem Medizinalkollegium, die Oberaufsicht vom Minister

des Innern geführt. Die Privatanstalten unterliegen ebenfalls der Oberaufsicht und Überwachung des Medizinalkollegiums, und unter Mitwirkung der Oberamtsärzte finden sowohl in den Staats- wie in den Privatirrenanstalten regelmäßig unvermutete Revisionen statt.

In Braunschweig hat das Landesmedizinalkollegium die Oberaufsicht über die Privatanstalten und ist verpflichtet, diese Anstalten von Zeit zu Zeit einer näheren Besichtigung zu unterwerfen.

In Baden ist seit dem 25. Juni 1910 ein Irrenschutzgesetz zustande gekommen. In seinen einzelnen Bestimmungen ist es mehr oder weniger den Einrichtungen des Verwaltungs- und Verordnungswesens, wie es im Königreich Preußen statt hat, gleichgeordnet.

Sind auf diese Weise, meine Herren, die einzelnen Kranken sowohl in den Privatirrenanstalten wie in den öffentlichen Anstalten einer regelmäßigen Besichtigung und Untersuchung unterworfen, so möchte ich jetzt noch einige Worte wegen des Entmündigungsverfahrens anführen und um so mehr, als noch jüngst bei den Prozeßverhandlungen, wie sie in Bonn stattgefunden haben, hervorgehoben worden ist, daß das Entmündigungswesen dringend einer Änderung bedürfe.

Nun, meine Herren, ich muß offen gestehen, daß ich nicht weiß, wie man das Entmündigungsverfahren an und für sich weiter ändern wollte. Der Gedanke, daß Laien hinzugezogen werden sollten, um über den psychischen Geisteszustand der einzelnen Kranken zu urteilen, ist für jeden Sachverständigen eigentlich undenkbar, weil die Beurteilung eines Geisteszustandes gar nicht so leicht und so einfach ist. Gibt doch auch die Strafprozeßordnung an, daß zur Beobachtung eines einer Anstalt überwiesenen Untersuchungs- oder Strafgefangenen ein Zeitraum von sechs Wochen dienen soll, und es ist meines Erachtens in den sechs Wochen vielfach nicht möglich, zu einem festen direkten Entschluß zu kommen.

(Sehr richtig! links.)

Wenn ein Mann infolge einer Erregung vollständig verwirrt ist, wenn er zu den traurigsten krankhaften Handlungen kommt, dann ist es leicht möglich, zu sagen: der Betreffende ist geisteskrank; aber bei einem solchen, bei dem verschiedene krankhafte Vorstellungen vorliegen, bei dem aber ein gewisses Krankheitsgefühl noch besteht, indem er sich sagt, daß, wenn er diese krankhaften Äußerungen macht, er sehr leicht in unangenehme Situation kommen könnte, da ist es für einen Laien unmöglich, überhaupt ein Urteil zu finden. Es ist mir vorgekommen, daß bei einem ausgesprochenen Kranken, den man im allgemeinen — es kommt ja auf den Namen nicht an — als Paranoiker bezeichnet, selbst ein Assistenzarzt mir sagte: der Mann könnte wohl entlassen werden, weil er überhaupt keine krankhaften Äußerungen mache, und dieser Kranke stand unter dem Einfluß der verschiedensten Sensationen, der verschiedensten krankhaften Sinnestäuschungen, und als ich dem Assistenzarzt mein Erstaunen ausdrückte und ihn mit zu dem Kranken nahm und diesen fragte: wie steht es jetzt mit der Polizei in Ihrer Heimatbehörde? erwiderte dieser Kranke: das Telephonwesen kennen Sie besser als ich, und Sie wissen sehr wohl, wie ich an meinen ganzen Gliedern körperlich gezerrt und gequält werde; da war natürlich auch der Assistenzarzt überzeugt, daß der Betreffende noch krank war. Derartige Fälle können vorkommen, und recht schwierig sind insbesondere die sogenannten Grenzfälle.

Meine Herren, ich habe hier zwei Entmündigungsverhandlungen in der Abschrift vor mir liegen. Ich will nicht näher darauf eingehen. Aber ich will Ihnen von dem einen Fall wenigstens einiges mitteilen. Ein Kranker war seit längerer Zeit einer Anstalt überwiesen worden und sollte entmündigt werden. Der betreffende Richter, der bereits mehrfach mit Entmündigungsverhandlungen zu tun hatte, hat sich längere Zeit mit dem Kranken unterhalten, fand aber nichts an dem Kranken, und erst dann, als der ärztliche Sachverständige, der den Krankheitszustand kannte, dem Kranken die Frage vorlegte: Sie sagten vorhin, Sie hätten einmal einige Nächte nicht geschlafen, da erwiderte der Kranke: ja, das ist die sogenannte Phonophobie, wenn ein Gedankenaustausch zwischen zwei Personen stattfindet. Und nun, meine Herren, entwickelte der Kranke auf einzelne ihm vorgelegte Fragen ein Bild der verschiedenen krankhaften Sinnesempfindungen, die ihn beherrschten, und wenn der Kranke auf die Frage des Richters keinen Grund anzugeben wußte, weshalb er sich von den Angehörigen und von der menschlichen Gemeinschaft zurückgezogen hätte, so erwiderte er auf die Frage des Arztes, daß er sich verfolgt sehe, und daß er durch die Phonophobie immer neue Mitteilungen von anderen Leuten zu bekommen glaubte, und daß jedes Wort, was er denke, in die Ferne gelange und damit den Leuten bekannt und so der Öffentlichkeit preisgegeben würde. Dieser Mann war seit fünf Jahren krank. Er hatte sich auf sein Zimmer zurückgezogen, er hat sein Geschäft verfallen lassen; bei der Vernehmung durch den Richter stritt er aber alles vollständig ab, so daß, wenn ein Laie über dieses Krankheitsbild ein Urteil hätte fällen sollen, er zu dem Schlusse gekommen wäre, daß der Mann nicht krank sei.

Nun habe ich noch einen anderen Fall vor mir liegen, der insofern ein Interesse hat, als es sich darum handelte, daß der Kranke während der Wiederaufhebung einer Entmündigung dissimulierte und die krankhaften Vorstellungen, die er bei seiner ausgesprochenen Entmündigung bekundet hatte, als unzutreffend hinstellte. Der Kranke war in Posen von einem Amtsgericht entmündigt worden. Das war im Jahre 1901 gewesen, und im Jahre 1903 wurde die Aufhebung des Entmündigungsverfahrens beantragt. Bei diesem Entmündigungsverfahren hatte ein Arzt, der ihn untersucht hatte, sich dahin ausgesprochen, daß der Betreffende als geistig gesund anzusehen sei, und zwar aus dem Grunde, weil der Betreffende ihm angegeben habe, daß die krankhaften Vorstellungen, die er damals bei seiner Ent-

mündigung gehabt, unzutreffend seien. Gleichzeitig äußerte dieser Kranke aber bei dem Termin der Wiederaufhebung verschiedene Beeinträchtigungswahnvorstellungen, die der betreffende Sachverständige allerdings als auffallend bezeichnete, Beeinträchtigungsvorstellungen, die dahin gingen, daß verschiedene Leute in seiner Angelegenheit einen Meineid geschworen hätten. Als das Medizinalkollegium der Provinz Westfalen die Verhandlung mit dem Gutachten zur Beurteilung bekam, hat sich dasselbe sofort auf den Standpunkt gestellt, daß der Betreffende noch als geisteskrank angesehen werden müßte, und hat auch dem Amtsgericht, welches die Wiederaufhebung der Entmündigung beschlossen hatte, sofort Mitteilung gemacht. Das betreffende Amtsgericht hat damals zu dieser Frage keine Stellung genommen. Als in späteren Jahren der Betreffende, der ein sogenannter Rechtskonsulent war und von seiner Ortsbehörde als eine gemeingefährliche Person bezeichnet wurde, der nach jeder Richtung hin auf Personen einwirke, in ihrer Aussage von der Wahrheit abzuweichen, — erst, nachdem verschiedene Beschuldigungen vorlagen, er habe zu Meineid Veranlassung gegeben, kam er in Konflikt mit dem Strafgesetz. In der betreffenden Gerichtsverhandlung wurde seitens des Verteidigers hervorgehoben, ob der Mann nicht geisteskrank sei, und dieser wurde daraufhin in die Provinzialirrenanstalt gebracht. Dort hat sich dann ergeben, daß der Kranke an den nämlichen Wahnvorstellungen litt, die ihn bereits im Jahre 1897 beherrscht hatten, und daß diese Wahnvorstellungen während der ganzen Zeit in fortschreitender Weise sich entwickelt hatten. Wenn nun in der damaligen Wiederaufhebungsverhandlung selbst ein Sachverständiger, ein Arzt, nicht hat erkennen können, daß der Kranke seine krankhaften Vorstellungen dissimulierte, so, meine ich, geht daraus doch hervor, daß erst recht nicht irgendwelche Laienelemente in der Lage sein können, ein Urteil über das Zutreffende oder Nichtzutreffende einer Entmündigung zu sprechen. (Schluß folgt.)

— **Die Frage der Reform des Irrenrechtes** ist im preußischen Landtage wiederholt zur Sprache gebracht worden. Hierbei ist vorgeschlagen worden, eine Reform des Irrenrechtes durch Reichsgesetz vorzunehmen. Es besteht an den maßgebenden Stellen jedoch nicht die Absicht, auf diesem Gebiete eine reichsgesetzliche Regelung anzuregen, sondern es soll den Einzelregierungen überlassen bleiben, durch Landesgesetze im bestehenden Irrenrecht Reformen einzuführen.

— **Schutz vor verbrecherischen Geisteskranken.** Nach einer Erklärung, die unlängst der Staatssekretär des Reichsjustizamtes Dr. Lisco abgegeben hat, wird in der Neubearbeitung des Strafgesetzbuches der § 51 eine Zusatzbestimmung dahingehend erhalten, daß die Verbrecher, bei denen die freie Willensmeinung als ausgeschlossen erklärt worden ist, für eine vom Gerichtshof festzusetzende Reihe von Jahren in besonderen festen Irrenanstalten untergebracht werden sollen. Bei den hohen Kosten, die mit solchen Einschließungen entstehen müssen, wird ein Weg zu finden sein, wie die Bewahrung der menschlichen Gesellschaft vor geistesschwachen Gemeingefährlichen ohne Belastung der Gemeinde- oder Landeskassen bewerkstelligt werden kann.

Referate.

— Edinger: Zur Psychologie (Schlußvorlesung aus Edinger, Nervöse Zentralorgane). 8. Aufl. Leipzig 1911.

Edingers, auf hirnanatomischen Untersuchungen an Säugetieren und Menschen beruhende Vorstellungen über Psychologie des Menschen und der Tiere lassen sich ungefähr dahin zusammenfassen: das den Menschen und Tieren zukommende Palaeencephalon leistet Rezeptionen und Motus, die beim Menschen zunehmend entwickelte Hirnrinde mit ihren Sinnesfeldern dient zum Ordnen, Zurückhalten und Reproduzieren der Rezeptionen, führt also zur Fähigkeit der Gnosien und Praxien. Die Sprache und der Intellekt sind besonders an die im Stirnhirn reich vorhandenen Rindenfelder geknüpft, das in rudimentärer Weise auch bei einzelnen Tieren entwickelt ist. Die Psychologie hat zu berücksichtigen, was an geistigen Leistungen auf Grund der vorhandenen Hirnteile zu erwarten ist. Die Ausführungen des als Autorität auf diesem Gebiet bekannten Verfassers lesen sich fesselnd, doch gehört die Materie selbst zu den schwierigsten und es müssen Einzelheiten im Original nachgelesen werden.

Albrecht-Treptow.

— Siefert, E.: Psychiatrische Untersuchungen über Fürsorgezöglinge. C. Marhold, Halle 1912. 262 S.

S. berichtet über die im Auftrage der Landesverwaltung der Provinz Sachsen vorgenommenen Untersuchungen an den in Anstalten untergebrachten schulpflichtigen und schulentlassenen Fürsorgezöglingen (1057 Personen). Auf Einzelheiten und die allgemeinen Schlußfolgerungen kann hier nicht eingegangen werden. S. registriert nicht einfach, sondern sucht in mühevoller Arbeit tiefer zu dringen und den eigenartigen Degenerationszuständen, welche vorwiegend das stark unterwertige Material dieser Anstalten bilden, klinisch und soziologisch näher zu kommen. Darin liegt der Wert des Buches. Mercklin.

— Marie, A.: Traité international de psychologie pathologique. Tome III: Psychopathologie appliquée. Paris, Alcan, 1912. 1086 S.

Von dem hier schon wiederholt besprochenen Werk liegt nun der dritte, zugleich Schlußband vor, welcher ein reiches Material, zum Teil in eigenartiger Anordnung bringt. An den hier vereinigten Arbeiten ist der Herausgeber Marie in hervorragender Weise beteiligt. Bianchi gibt ein einleitendes Kapitel über die Physio-pathologie der sensorischen Sphäre. Dann folgt eine umfangreiche Darstellung der allgemeinen Störungen des psychischen Geschehens von Sikorski. Die Ausdrucksformen, Mimik und Physiognomik sind hier eingehend gewürdigt, zahlreiche Abbildungen zur Erläuterung beigegeben. G. Dumas bespricht die pathologischen Verstimmungen, Havelock Ellis übersichtlich die psycho-

pathischen Veränderungen der Sexualität. In dem Abschnitt über vergleichende Psychopathologie behandelt Cullerre die Psychopathologie in der Geschichte, Marie ausführlich die psychischen Erkrankungen bei den verschiedenen Völkern, ferner (mit Baschenoff) die Massenerkrankungen, Dexler die Psychologie und Psychopathologie der Säugetiere. Eine sehr gründliche Darstellung erfährt die Ätiologie der psychischen Störungen durch Marie. Die Anwendung der experimentellen Psychologie auf psychiatrischem Gebiet führt Marie gemeinsam mit Helme in einem reichillustrierten Abschnitt vor. Zum Schluß bespricht Wertheim-Salomonson die Elektrodiagnostik bei Geisteskranken. Prophylaxe und Therapie, welche dem ursprünglichen Programm dieses Bandes angehörten, bleiben für eine anderweitige Veröffentlichung vorbehalten. In allem ist dieser Band ein besonders gelungener, interessanter Teil des Sammelwerks.

Mercklin.

— Reichs-Medizinal-Kalender. Begründet von Dr. Paul Börner. Herausgegeben von Geh. San.-Rat Prof. Dr. Julius Schwalbe. 1913, Leipzig, Georg Thieme.

Dieser für den Arzt unentbehrliche Kalender liegt für das Jahr 1913 pünktlich fertig vor. Teil II ist vor einigen Wochen erschienen, Teil I (Taschenbuch nebst Beiheften) schon vor einigen Monaten. Der letztere enthält wieder die früheren praktisch wichtigen Materien und dazu mancherlei neue Kapitel: Anwendung, Dosierung und Arzneiform der gebräuchlichen, der neu eingeführten und der in dem Arzneibuch für das Deutsche Reich enthaltenen Heilmittel, bearbeitet von Prof. Straub, ferner viele Daten und Tabellen für den Praktiker, Prof. Rabow's Rezeptersparnis und Pharmakopoea ökonomica, die wichtigsten einfachen Mittel zur subkutanen Einspritzung, eine Tropfentabelle zum Normal-Tropfglas mit einer Abtropffläche von 3 mm Durchmesser, chemisch unverträgliche Arzneimischungen, explosive Arzneimischungen, Gehalt medikamentöser Präparate an wirksamer Substanz, Löslichkeitstabelle, die Maximaldosen, einen Abriß der geburtshilflichen Operationslehre von Prof. Dr. Freund, die erste Hilfeleistung bei einigen plötzlichen und bedrohlichen Erkrankungen von Geh.-Rat Schwalbe, Symptome und Behandlung der akuten Vergiftungen von Prof. Straub, Scheintod, Wiederbelebung und erste Mittel bei plötzlichen Verunglückungen von Med.-Rat Stoermer. Das erste Beiheft enthält: Anleitung zur Untersuchung der Sehschärfe, Refraktion und Akkommodation nebst Sehproben von Prof. Groenouw, einen kurzen Abriß der kleinen Chirurgie mit Einschluß der lokalen Schmerzbetäubung von Prof. Pels-Leusden, die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten von Prof. Zieler, Grundzüge einer Therapie der Kinderkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Ernährungsstörungen der Säuglinge von Prof. Feer, einen neu hinzugekommenen Aufsatz über Katheter und Bougies, ihre Sterilisation und Anwendung etc. von Prof. Oberländer, die Technik der Impfung von Prof. Voigt, die prozentuale Berechnung der Erwerbsunfähigkeit, die Bestimmungen (preußischen) für die gerichtsärztliche Leichenuntersuchung von Geh. Med.-Rat Straßmann, das amtliche Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen. Das 2. Beiheft: Alphabetisches Verzeichnis, Charakteristik und Indikationen der wichtigsten Bade- und Kurorte von Dr. Schulze in Köthen, die Heil-, Pflege- und Kuranstalten, von demselben, die deutschen Anstalten für Lungenkranke von Dr. Joel u. Dr. Birke, die Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Psychischkranke, Trunk- und Morphiumsüchtige etc., jugendliche Schwachsinnige, Epileptische, sowie die Heilerziehungsanstalten im Deutschen Reich von Oberarzt Dr. Bresler, die Einrichtungen und Anstalten zur Fürsorge fürs Kind (neu hinzugekommen), von Prof. Keller, die Blindenanstalten und die Taubstummenanstalten im Deutschen Reich.

Der II. Teil bringt wie immer neue wichtige Entscheidungen des Reichsgerichts, der Landes- und Verwaltungsgerichte, der Ehrengerichtshöfe und des Reichsversicherungsamtes, Sanitäre Gesetze, Erlasse, Verordnungen betr. das Zivil- und Militär-Medizinalwesen vom September 1911 bis Oktober 1912, zusammengestellt von Geh. Rat Rapmund, die Gebührenordnungen für approb. Ärzte und für gerichts- und amtsärztliche Geschäfte, die Organisation des ärztlichen Standes in Deutschland, die medizinischen Fakultäten des Deutschen Reichs, Deutsch-Österreichs, der deutschen und französischen Schweiz nebst den mit ihnen verbundenen klinischen Anstalten und wissenschaftlichen Instituten, eine statistische Übersicht der Dozenten der medizin. Fakultäten und der Studierenden, die Akademien für praktische Medizin, ein Verzeichnis der Medizinal-Untersuchungsanstalten. das ärztliche Fortbildungswesen in Deutschland, ein Verzeichnis der zur Annahme von Praktikanten ermächtigten Krankenhäuser und Institute, der deutschen Hospitäler im Auslande, Verzeichnis von Stellen, wo Geschwülste, Probestückchen usw. auf Krebs untersucht werden (neu hinzugekommen), die Organisation der Typhusbekämpfung im Südwesten des Reichs (ebenfalls neu). Endlich die Personalien des deutschen Zivil- und Militär-Medizinalwesens mit Benutzung amtlicher Quellen, abgeschlossen am 1. November 1912 — Alles in Allem wieder das alte, zuverlässige Nachschlagewerk auf dem Schreibtisch des Arztes in der alljährlich üblichen und erprobten sorgfältigen Neubearbeitung und Weiterführung. B.

Therapeutisches.

Zur Bewertung der Guajakose. Von Dr. James Daniel-Berlin. Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 42.

Unter den wenigen brauchbaren Nährpräparaten schätzt Verf. seit langem die Somatose, die fast vollständig frei von Peptonen, durch ihren hohen Gehalt — 85 Proz. — an Albumosen ein ausgezeichnetes Mittel zur Anregung des Appetits und zur Hebung der Körperkraft darstellt, zumal sie nach Zuntz dem Verdauungstraktus weniger Arbeit zumutet als das Fleisch, nach v. Oefele vollständig resorbiert und assimiliert wird.

Zur spezifischen Therapie der Tuberkulose gehören in erster Reihe die Kreosot- und Guajakolpräparate, die wahrscheinlich eine antifermentative und antiseptische Wirkung

ausüben. Außerdem haben beide ätzende Eigenschaft, so daß sie, abgesehen von dem von vielen Kranken als widerlich empfundenen Geschmack und Geruch, häufig eine durch Aufstoßen und Übelkeit gekennzeichnete Magenverstimmung hervorrufen. Es sind daher Versuche gemacht worden, dem Guajakol bzw. Kreosot diese Ätzwirkung zu nehmen, und schließlich ist in der Guajakolsulfosäure ein solches ätzfreies Mittel gefunden worden.

Ein Mittel, das einerseits reich an assimilierbarem Eiweiß zugleich auch die antifermentative und antiseptische Wirkung der Guajakolpräparate besitzt, ist die „Guajakose". Der Verf. hat selbst damit bei 43 Patienten Versuche angestellt, die recht günstige Resultate ergaben.

Bis auf zwei Fälle, bei denen sich Durchfall einstellte, haben alle Patienten das Mittel ausnahmslos gut vertragen. Der Appetit steigerte sich bei allen. „Dementsprechend hob sich auch das Körpergewicht bis zu 6 Pfund im Monat. Die spezifische Wirkung zeigte sich vor allem im allgemeinen in einem Nachlassen des Hustens, in leichterem Herausbringen des Auswurfs, in einem Nachlassen des Nachtschweißes und des Fiebers. In einem Falle, in dem hartnäckige Diarrhöen bestanden, die bisher allen Mitteln widerstanden, trat auch ein Rückgang der Durchfälle auf. Mit dem Nachlassen dieser Erscheinungen besserte sich auch das psychische Befinden, die Stimmung wurde gehobener, und die Arbeitslust steigerte sich. Ausnahmslos selbst in den schweren, hoffnungslosen Fällen habe ich ein Nachlassen der objektiven wie subjektiven Erscheinungen beobachten können."

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.

Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 2. 12. April 1913/14.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Über die innere Einrichtung der Anstalt Bedburg. Von Dr. G. Werner, Bedburg. (S. 17.) — Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. XII. Von Oberarzt Dr. W. Vorkastner, Greifswald. Fortsetzung. (S. 25.) — Laboratorien in Provinzial-Irrenanstalten. Von Geh. San.-Rat Dr. Fries, Göttingen. (S. 27.) — Mitteilungen (S. 27): Die Debatte über das Irrenwesen im Deutschen Reichstag. (Schluß). Psychiatrischer Fortbildungskurs in München. Verein der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens. Zum Tode des Kollegen Dr. Steinitz in Hubertusburg. — Referate (S. 32). — Personalnachrichten (S. 33). — Therapeutisches (S. 33.) — Anstaltstechnisches (S. 33): Eine neue dreiteilige Matratze. Von Oberarzt Dr. Nerlich in Großschweidnitz.

Über die innere Einrichtung der Anstalt Bedburg.

Nach einem in Bonn im psychiatrischen Verein der Rheinprovinz am 23. Nov. 1912 gehaltenen Vortrag.

Von Dr. *G. Werner*, Bedburg.

Meine Herren! Gestatten Sie mir, Ihre Aufmerksamkeit auf einige Punkte zu richten, die bei einem flüchtigen Besuch unserer Anstalt vielleicht nicht genügend hervortreten, und die auch in den bisher erschienenen Publikationen*) nicht ausdrücklich hervorgehoben sind.

Wie es bei einer modernen Anstalt natürlich ist, sind die Spaziergärten der geschlossenen Häuser nur von einem 1,40—1,60 m hohen Drahtzaun umgeben, der in keiner Weise den freien Ausblick behindert. Einige Häuser mit ruhigen Kranken haben nur einen ganz niedrigen Holzspriegelzaun, die offenen Häuser überhaupt keine Umzäunungen; die Kranken gehen dort frei aus und ein. Auch ist das ganze Anstaltsgelände nur von einem niedrigen Holzzaun umgeben, der der ganzen Anlage sofort den Eindruck einer offenen Anstalt gibt. Da die Krankenhäuser in einen etwa vierzigjährigen Nadelwald hineingebaut sind, waren auch die Gärten sofort mit dem nötigen Baumbestand versehen, der ergiebigen Schatten spendet. Überall grüßen grüne Wipfel und Zweige zum Fenster hinein. Nirgends erhält man den Eindruck, daß hier eine Unmenge menschlichen Elends und Jammers angehäuft ist.

Die Gärten sind rechtwinklig angelegt; längs der Häuser und an sonst geeigneten Stellen sind Blumenrabatten vorgesehen; zahlreiche Bänke, auch in den Wegeanlagen, z. Teil vom Pflegepersonal aus Birkenholz gezimmert, laden zum Ruhen ein. Auf der Männerseite ist in jedem Garten ein freistehendes Torfitpissoir ohne Bedachung angebracht. Alle Häuser mit bettlägerigen Kranken haben 3—3,20 m breite Holzveranden, so daß die Betten im Sommer bequem darauf untergebracht werden können. Wo es nötig erschien, erhielten die Veranden, um die dahinterliegenden Räume nicht zu verdunkeln, ein Drahtglasdach. Statt der Holzveranden sind den großen Sälen der Siechenhäuser zweigeschossige Loggien vorgebaut. Die untere Loggia ist durch eine breite, fahrbare Rampe mit dem Garten verbunden. Die offenen Häuser haben nur kleine Loggien. Es ist beabsichtigt, in einigen Gärten Freiluftbäder noch zu errichten. Ein Gehege für Rehe befindet sich in einer Mulde, welche die Männer- und Frauenseite trennt. Ein Pfauenhäuschen steht auf der Männerseite. Das flache Dach je einer Wasserstation auf der Männer- und Frauenseite dient als Tanzplatz im Freien und der Anstaltskapelle bei Waldfesten.

Was die äußere Architektur der Häuser anlangt, so ist dieselbe einheitlich gehalten und schließt sich dem niederrheinischen Backsteinrohbau an: weiße Putzflächen sind spärlich verwandt, die Fugen sind nach holländischer Art weiß verputzt. Nur das große Verwaltungsgebäude erhielt eine Steinfassade. Die Dächer sind durch Erker und Lauben wirksam belebt. Natürlich haben die Fenster kein Gitter. Nur an einigen wenigen Gebäuden stellte es sich noch nachträglich als notwendig heraus, ein leichtes gefälliges Eisengitter vor den Klosettfenstern anzubringen, da diese erfahrungsgemäß sehr gern zu Fluchtversuchen benutzt werden.

Betreten wir das Innere der Häuser, so bemerken

*) Denkschrift zur Eröffnung der Rhein. Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg, Kreis Cleve, und Psych.-neur. Woch. 1912, Nr. 20—25.

wir zunächst, daß lange Korridore gänzlich vermieden sind, in den meisten Häusern überhaupt ganz fehlen. Nur die offenen Häuser für 80 Kranke haben im Wohnflügel größere Korridore bis ca. 15 m Länge, die aber so breit gehalten sind und denen sich noch große Nischen, sogenannte Guddensche Räume anschließen, daß sie gleichzeitig als Tagesräume benutzt werden können. Dadurch, daß die Decken aller Tages- und Schlafräume ohne Zwischenstützen sind, ist die Übersicht außerordentlich erleichtert. Die Deckenkonstruktion ist weiß verputzter Beton mit Eisenträgern. Die Fußböden haben in den Korridoren und Nebenräumen einfarbigen, grauen, sechseckigen Fliesenbelag, die Tagesräume durchweg Stabfußboden, meist Pitchpine, aber auch Buche und ostindisches Rotholz. Die Schlafsäle sind mit braunem oder rotem Linoleum belegt, ebenso die für das Pflegepersonal bestimmten Räume. Die weißen Wände haben einen 1,60 m hohen Sockel mit Zierleisten und zwar in den Korridoren, Spülküchen und Tagesräumen mit Ölfarben-, in den Schlafräumen mit Kaseinfarbenanstrich. Dadurch, daß gelbe, blaue und braune Farbtöne verwandt wurden, haben alle Räume ein sehr freundliches Aussehen bekommen, wozu noch beiträgt, daß die Türen und Holzteile der Fenster ebenfalls in den verschiedensten Farbtönen lasiert sind. Die Sprossung der Fenster ist so gehalten, daß ein Mensch nicht ohne Mühe hindurchkriechen kann, sie ist aus Holz, nur in den unruhigen, halbruhigen und den beiden Aufnahmehäusern der Männer- und Frauenseite, aus dünnen Eisenstäben, die aber auch Holzanstrich erhalten haben. Das Glas ist dünnes $^4/_4$ Fensterglas, mit Ausnahme der 10 Isolierzellen, von denen sich je eine in den Häusern für unruhige Männer und Frauen befindet. Dort wurde hartes 20 mm dickes Glas in festem Eisenrahmen verwandt. Ebensolche Fenster befinden sich auch in den Zimmern für gerichtlich eingewiesene Beobachtungskranke, von denen je zwei in jeder Aufnahmeabteilung vorgesehen sind. Durchweg sind die Fenster sehr groß und weit hinabreichend, alle Fensterflügel können geöffnet werden, in den offenen Häusern von den Kranken selbst, sonst vom Pflegepersonal mit einem besonderen Dornschlüssel. Die Oberlichter werden mit Stellstange geöffnet. Einige Fenster sind dreiteilig. Tages- und Schlafräume nach Norden und Osten, sowie alle Baderäume haben Doppelfenster wegen der vielen hier herrschenden Winde.

Wo es nötig schien, wurden zum Schutz gegen die Besonnung Rolljalousien angebracht, und zwar in den Tagesräumen und Schlafsälen mit dauernd bettlägerigen Kranken. Die Sperrung des Aufziehgurtes liegt bei geschlossenen Häusern und bei einfachen Fenstern in einem verschlossenen Eisenkasten, sonst im Doppelfenster. Die Fensterbänke sind aus weißen Mettlacher Fliesen mit breiter Rinne zum Wasserauffangen.

Die Türbreite beträgt 1,10 m, so daß Betten bequem hindurchgetragen werden können; die Türen selbst sind fast alle einflügelig, glatt, ohne viel Profil, aus altem Tannenholz mit aufrechtstehenden Jahresringen. Tages- und Schlafräume sind untereinander durch zweiflügelige Schiebetüren verbunden, die auch zurückgeschoben, festgestellt werden können. Die Haustüren haben alle unvergitterte, größere Fenster mit kleiner Sprossung zum Durchsehen. Nur die Haustüren der geschlossenen Häuser sind ohne Klinken, die Innentüren dagegen fast durchweg damit versehen.

Bezüglich der Schlüssel wurde auf möglichste Vereinfachung gesehen. Die Ärzte haben einen Generalhauptschlüssel, der 12 verschiedene Schlösser schließt, und zwar alle Kranken- und Pflegerräume auf beiden Seiten, Magazin-, Keller-, Garderobe- und Heizungstüren der Krankenhäuser, das Büro des Oberpflegers und der Oberpflegerin, die für den allgemeinen ärztlichen Dienst bestimmten Räume im Verwaltungsgebäude und dieses selbst. Der Schlüssel des Oberpflegers resp. der Oberpflegerin schließt alle oben bezeichneten Türen auf einer Geschlechtsseite. Die Pfleger haben Schlüssel nur für die Kranken- und ihre eigenen Räume auf einer Seite. Gesellschaftshaus, Kirche, Leichenhaus und einige Durchgangspforten haben einen besonderen Schlüssel. Nach Möglichkeit wurde dasselbe Prinzip auch bei den Wirtschaftsgebäuden angewandt.

Die unverkleideten Heizkörper sind z. T. unter den Fenstern angebracht, z. T. an den Wänden, auf den Korridoren in kleinen Nischen mit niedrigen Konsolen, doch wurde sorgfältig darauf geachtet, daß dadurch der zum Bettenaufstellen bestimmte Raum nicht verkürzt würde. Alle Räume mit bettlägerigen Kranken haben eine Lüftungsanlage und zwar wird die im Keller vorgewärmte Luft durch Einströmungsöffnungen über Kopfhöhe eingeführt und durch Abzugsöffnungen einen halben Meter über dem Fußboden in den Dachraum abgeführt, so daß mehrmaliger Luftwechsel auch ohne Fensteröffnen möglich ist.

Zur Beleuchtung dienen durchweg elektrische Pendellampen. Die Nachtwachen haben einfache Zuglampen, nachts brennen nur sonst einige Birnen mit blauem Überfangglas, so daß die Kranken nicht durch allzugroße Helligkeit im Schlaf gestört werden. Kerzen in Glashüllen dienen als Notbeleuchtung und sind überall an den Wänden angebracht.

Wenden wir uns nun den Baderäumen zu, die sehr reichlich verteilt und groß angelegt sind. Die Wände sind mit Keimscher Mineralfarbe weiß gestrichen und bis 1,60 m Höhe mit weißen Fliesen belegt. Jeder Raum, wo Dauerbäder gegeben werden, hat noch ein Spülklosett. Die beweglichen Wannen sind aus Eisen, innen nach einem neuen Verfahren weiß emailliert, säure- und stoßfest, außen ebenso gestrichen und ohne Überlauf. Die Zuführung des Wassers erfolgt durch einen blankpolierten Messingmischhahn, dessen Öffnung quergestellt und gegen das Fußende der Wanne gerichtet ist, so daß das einströmende Wasser niemals die Füße des Kranken treffen kann. Heißes und kaltes Wasser, dessen Zuleitung von der Wand besonders gekennzeichnet ist, muß gesondert eingestellt werden. Der Heißwasserhahn ist etwas schwerer zu bedienen, damit die Pfleger ihn nicht versehentlich zuerst öffnen. Der Abfluß erfolgt durch eine Fußbodenmulde. Die Boiler stehen in den Kellern und genügen für je vier Bäder, die auch die ganze Nacht durch gegeben werden können. Die Häuser für Unruhige haben bei 50 Betten 8 Wannen, bei 40 Betten 6 Wannen, bei 25 Betten fünf Wannen. Im ganzen sind für ursprünglich 2000 Kranke 200 Wannen aufgestellt. Die großen offenen Häuser haben die Badeeinrichtung im Keller und können die Kranken sich auch dort noch abbrausen; eine Mulde dient für Fußbäder. Nur diese Häuser haben gesonderte Waschräume, sonst ist der Baderaum gleichzeitig zum Waschraum eingerichtet, indem Porzellanschüsseln auf langen Tischen aufgestellt sind. Auf kleinen Konsolen stehen Gläser und Zahnbürsten zum Zähneputzen für jeden einzelnen Kranken, für den auch ein eigenes Handtuch bestimmt ist.

Die Aborte, von den Wachsälen nicht durch einen Vorraum getrennt, haben Feuertonschalenklosetts ohne Holzbrille, z. T. sind sie durch seitliche Schamwände getrennt, sonst aber unverdeckt. Die Wasserflachspülung wird in den Häusern für Unruhige durch einen Druckknopf in der Wand, sonst durch die bekannte Zugvorrichtung in Tätigkeit gesetzt. Die Männerpissoire sind ganz aus belgischem Granit und haben ebenfalls für Zeit eingestellte Wasserspülung. Die Wände sind oberhalb des Plättchenbelags mit Keimscher Mineralfarbe gestrichen.

Besonderer Wert wurde ferner noch auf genügende Nebenräume gelegt. Jede Abteilung besitzt einen besonderen Abstellraum für Besen, die Schuhe der Kranken und die Eimer, welche in einem großen Ausguß entleert werden; ferner ein Besuchszimmer, häufig mit Sondereingang und stets mit eigenem Klosett; dann ist fast in jedem Hause ein ärztliches Untersuchungszimmer mit Waschbecken vorgesehen. Schließlich sei noch erwähnt, daß die beiden Lazarette auf der einen Seite eine besonders zugängliche Isolierabteilung mit zwei Badewannen und Klosett, auf der anderen Seite einen großen Operationssaal mit Vorbereitungszimmer haben. Zwei chirurgische Waschbecken, deren Einlauf mit den Ellbogen und Auslauf mit den Knien durch Hebel reguliert wird, eine große Deckenlampe mit Mattscheibe, eine tragbare Reflektorstandlampe sowie ein Instrumenten-Wandschrank mit Glastüren, daneben ein großer Feuerton-Ausguß, hoher weißer Plättchenbelag, abgerundete Mauerecken, ein sehr großes Fenster mit nur einer Spiegelscheibe sorgen dafür, daß auch den weitgehendsten Anforderungen an einen derartigen Raum Genüge geleistet wird. Das ganze Lazarett ist ebenfalls in Weiß gehalten und mit abgerundeten Ecken am Fußboden und der Decke versehen. Beide Aufnahmehäuser haben die Einrichtung, daß die neueintretenden Kranken durch einen gesonderten Eingang in ein kleines Zimmer, das sonst für Besuche dient, gelangen und von da in das Bad für die Aufnahme, das nur mit einer Wanne, Wage und dem an der Mauer angebrachten Maßstab versehen ist. Erst nach dem Reinigungsbad kommt der Kranke auf den Wachsaal und damit zu den andern Patienten, was sicher als eine Wohltat für den Neuling zu bezeichnen ist. Auch in anderen Häusern sind Zimmer mit gesondertem Ausgang, entweder in den Korridor oder direkt ins Freie, vorhanden, sie dienen hauptsächlich für Moribunde oder bei Infektionsverdacht.

Das Mobiliar, welches fast ausschließlich in der Prov.-Arbeitsanstalt Brauweiler hergestellt wurde, ist hell, naturfarben lackiert, von gefälliger Form, aber ganz einfachem Profil. Die Stühle sind Wiener Format mit gepreßtem Holzsitz; in jedem Tagesraum ist für die Patienten noch ein Wandschränkchen für Bücher, Pfeifen und sonstige kleine Bedarfsartikel vorgesehen. Für den Blumenschmuck dienen runde eiserne Ständer, auch haben Pfleger und Kranke schon viele Wandkonsolen angefertigt. Bequeme, niedrige eiserne Rollstühle dienen zum Transport der siechen Kranken vom und zum Bad. Auf der Männerseite stehen, auch in den unruhigen Abteilungen, die bekannten aufklappbaren Hohlkugeln als Tabakaschesammler. Merkwürdigerweise ist damit noch kein Mißbrauch getrieben worden. Die Betten sind eisern, alle mit Spiraldrahtmatratze, dreiteiliger Roßhaarmatratze, Keilkissen und ein bis zwei Wolldecken im Bezug. Bett- und Leibwäsche sind weiß, die so-

genannten unzerreißlichen Hemden finden keine Verwendung. In den fünf Siechenabteilungen und zwei Lazaretten können an den Längswänden der Betten je zwei Eisenstäbchen hochgeklappt werden, die bei den Mahlzeiten ein Brett tragen, das als Betttischchen dient. Für die Mahlzeiten werden Tischtücher aufgelegt und jeder Kranke hat außerdem noch sein mit aufgeschriebenem Namen bezeichnetes Speiseschutztuch (Serviette). Das Geschirr ist nur weißes Steingut; außer den Löffeln werden in den offenen Häusern noch Messer und Gabeln ausgegeben. Die Spülküchen haben ein geteiltes Spülbecken für heißes und kaltes Wasser aus Durana-Metall, ein Wärmschränkchen, das an die Heizung angeschlossen ist, und einen elektrischen Kochtopf zum Teeaufbrühen. Außerdem sind in den Heizkörpern der Wachsäle noch Schränkchen für die Warmhaltung des Kaffees für die Nachtwachen ausgespart.

Die Feuerschläuche sind an die Wasserleitung fest angeschlossen, mit Strahlrohr versehen und liegen in leicht zu öffnenden Eisenkästen. Ferner ist noch eine Anzahl von Minimaxapparaten verteilt. Die Türen zu den Dachböden haben eine nicht verschließbare Blechtür, die den Qualm abhalten soll, und davor eine Holzlattentür mit leichtem Schloß, das durch einen Beilhieb im Notfalle zu sprengen ist. Die Treppen, von denen fast stets zwei in einem Hause vorhanden sind, haben zur größeren Feuersicherheit Steinstufen und holzbelegtes Eisengeländer. Für die Innentreppen wurde ein terrazzoartiger Kunstzementstein, welcher sich sehr leicht ausbessern läßt, mit Eiseneinlage benutzt, so daß die Stufen nicht springen, wenn sie, beim Brande heiß geworden, mit Wasser bespritzt werden. Die Oberfläche ist glatt mit kleiner Rauhung an der Vorderkante; eine Vorstoßschiene aus Metall ist nicht angebracht worden. Die freie Seitenkante hat einen kleinen Rand, um das Überlaufen des Waschwassers zu verhindern. Die Unterfläche der Treppen ist weiß verputzt. Die Außentreppen haben einfache Kunstbasaltstufen.

Die Keller haben eine Höhe von 1,50 m, die für die Heizkammern, Boiler und maschinellen Anlagen sowie die Vorrats- und Arbeitsräume und in den Häusern, wo sich die Bäder unten befinden, auf 2,20 m vertieft wurde.

War bei allen bisher geschilderten Bauten der Grundsatz mitbestimmend, den Kranken ein möglichst großes Maß von Freiheit zu geben und sie nur so weit einzuschränken, als dies die Sicherheit unbedingt erfordert, so wurde bei dem letzten zu schildernden Krankengebäude, dem Bewahrungshause, dieser Grundsatz hinter den der größtmöglichsten Sicherheit zurückgestellt. Dieses Haus ist für kriminelle Geisteskranke, sowie solche, die ihrer Umgebung gefährlich sind, oder besonders asoziale Neigungen zeigen, bestimmt.

Schon die Lage, abseits von den übrigen Krankenhäusern, in einem dichten Gehölz sorgt für eine möglichste Isolierung, die noch durch eine vorn 3,5 m, hinten 4,5 m hohe Umfassungsmauer verstärkt wird. Diese Mauer ist ganz glatt, ohne Vorsprünge, innen noch mit einer Zementschicht überkleidet und oben abgerundet, damit hinübergeworfene Gegenstände keinen Halt finden. Nur ein einziger Eingang, mit einem starken, eisernen Tor versehen, führt in den Vorhof. In diesem steht, vorn 25 m, an den Seiten 15 m von der Mauer entfernt, das zweistöckige Haus. An der Hinterseite des Hauses liegen die zwei Spazierhöfe 4,5 m tief und zusammen 60 m breit, denen sich noch ein 25×110 m großer mit hohem Drahtgitter und Stacheldraht versehener Waldgarten anschließt. Das obere Ende des Gitters ist weit nach innen umgebogen, so daß es ausgeschlossen erscheint, daß den Insassen des Hauses von außen Hilfe gebracht, oder daß das Gitter selbst überklettert werden kann. Alle Fenster sind mit Eisengittern, die in die Mauern eingelassen ind, versehen. Der Grundriß des Hauses entspricht einem ⌊ ; der kürzere Flügel ist für die Isolierzellen bestimmt. Betritt man das Haus durch den Eingang, der in der Mitte des Hauptflügels gelegen ist, so kommt man nach einigen Stufen vor eine eiserne Gittertür, die den Zugang zum Korridor abschließt. Vor der Gittertür befindet sich rechts das einfenstrige Untersuchungs- und Aufnahmezimmer, an das sich das Aufnahmebad mit einer Wanne anschließt. Dann betritt man den Korridor, der sich ohne Zwischenteilung durch das ganze Haus erstreckt. Die Flurfenster der Rückseite gehen unmittelbar auf die Spazierhöfe. Dem Eingang gegenüber liegt das Treppenhaus, das wieder durch Gittertüren abgeschlossen ist. Gehen wir vom Haupteingang nach rechts, so kommen wir zuerst an einem Zimmer für zwei Pfleger, dann einem für den Stationspfleger und einem Abstellraum vorbei zu den beiden Wachsälen, deren Eingänge in stumpfem Winkel zueinander liegen. Daran schließt sich der Zellenflügel an für sechs Isolierzellen und eine Beobachtungszelle. An dem Kreuzungspunkt der beiden Flügel sitzt Tag und Nacht eine Wache, die somit beide Korridore ständig überwachen kann. Da alle Türen nur auf den Korridor münden, mit Ausnahme des Aufnahmezimmers, so kann der Verkehr im Hause ständig

kontrolliert werden. Die beiden Wachsäle, für je vier Betten bestimmt, haben jeder in einer Ecke ein Wasserklosett, das durch eine Schamwand verdeckt wird, die jedoch nicht die Übersicht von außen hindert. Die beiden Ecken, rechts und links von den Eingangstüren zu den Zellen sind ebenfalls abgeschrägt, um beim Eintritt sofort den ganzen Raum übersehen zu können. Als Fußboden dient in den Korridoren und Badezimmern Terrazzoestrich mit schmalen Eisenquerleisten, die ein Bersten des Belages verhindern sollen. In den übrigen Räumen liegen schmale Pitchpineriemen, die an den Zellenwänden mit Winkeleisen festgelegt sind. Die Heizung erfolgt durch die üblichen unverdeckten Radiatoren unter den Fensterbänken. Nur in den Zellen liegen dicht unter der Decke mehrere horizontale Heizschlangen. Die Zellenfenster haben starkes Glas in enger Sprossung aus U-eisen. Die Oberflügel können, wenn sie geöffnet sind, in der Mauer festgestellt werden, die dann dort noch durch eingemauerte Eisenstäbe verstärkt ist. Die übrigen Fenster haben gewöhnliches, durchsichtiges Glas mit größeren Scheiben in Holzsprossung. Gegen das plötzliche Ausheben durch die Kranken sind die Fenster und Türen in den Angeln durch einen Zapfen gesichert. Je zwei Zellen im Ober- und Unterstock sind als Palissadenzellen noch besonders befestigt, d. h. etwa 60 cm vor den Fenstern zieht sich parallel zur Fensterwand durch die ganze Zelle nochmals ein Eisengitter, das in fünf horizontalen breiten U-Eisen liegt. Zwischen diesen beiden Zellen befindet sich ebenfalls mit der üblichen Doppeltür versehen, ein Raum, von dem aus man durch eine mit Eisenblech beschlagene Tür den Gang zwischen dem Palissadengitter und dem Fenster betreten kann. Es bietet sich also immer noch die Möglichkeit, falls wirklich einmal die Eingangstür verrammelt sein sollte, von hier aus den Kranken zu beobachten.

Die linke Hälfte des Hauptflügels enthält 3 Arbeitsräume, zwei davon mit Klosett, und fünf Schlafzimmer zu ein Bett, sowie größere Räumen für drei und vier Betten. Ganz am Ende liegt noch ein vom Korridor aus zugängliches Klosett, das nur von Pflegern benutzt werden darf.

An das in der Mitte gelegene Treppenhaus sind rechts ein Schreibzimmer für den Arzt und das Magazin, links die Spülküche und noch ein Bad, das gleichzeitig als Waschraum dient, angegliedert. Die Raumverteilung des Oberstocks entspricht der des Unterstocks, nur daß oben ein Tagesraum sich durch eine vierteilige Flügeltür breit zu einem kleinen Altarraum öffnet, so daß beide Räume zusammen als Kapelle benutzt werden können. Im ausgebauten Mittelteile des Dachgeschosses sind sieben Pflegerschlafzimmer und ein gemeinschaftlicher Wohnraum, mit Klosett und Ausguß, untergebracht. Das Kellergeschoß enthält zwei größere helle Arbeitsräume für Kranke. Besondere Aufmerksamkeit wurde der Konstruktion der Türen zugewandt. Alle Türen zu den Schlafräumen und Zellen sind innen mit dünnem Eisenblech belegt, in Augenhöhe befindet sich ein verschiebliches, quadratisches kleines Beobachtungsfenster, das von außen herausgenommen und gereinigt werden kann, wenn es absichtlich schmutzig gemacht worden ist, um die Durchsicht zu verhindern. Die kleine Beobachtungsöffnung ist durch zwei Eisenstäbchen so eingeteilt, daß eine etwaige Verstopfung ohne Gefahr entfernt werden kann. Am Schloß tritt, wenn es gesperrt ist, ein kleiner Kontrollstift heraus, so daß alle Türen sofort zu übersehen sind, ob sie vorschriftsmäßig festgemacht wurden. An diese Türen schließt sich bei den Isolierzellen und den vier Wachsälen noch bündig nach innen eine eiserne Gittertür, deren Schloß im Türrahmen liegt, um ein Verstopfen seitens des Kranken zu verhindern. Die Falle dieser Tür ist nach beiden Seiten abgeschrägt. Die unverschlossene Tür kann daher durch einen leichten Druck geöffnet werden und es ist auf diese Weise möglich, daß sich die Pfleger, wenn sie angegriffen sind, leicht zurückziehen oder andere ihnen Hilfe bringen können.

Die Beleuchtungskörper sind in den Tages- und Schlafräumen unmittelbar an der Decke, den Kranken nicht erreichbar, angebracht. Bei den Isolierzellen ist über der Tür ein Fenster, auf dessen Außenseite zwei Glühbirnen in einem Blechkasten angebracht sind.

Von besonderen, komplizierten Sicherheitseinrichtungen wurde abgesehen. Die Haupttür und die Türen zu den Spazierhöfen haben einen Schlüssel mit Doppelbart, den außer dem Arzt nur die Stationspfleger und der mit dem Pförtnerdienst betraute Pfleger besitzen, sonst schließt ein Schlüssel alle Türen bis auf das Magazin und das Arztzimmer. Vom Platz des Pflegers vor den Wachsälen geht eine in die Mauer gelegte Klingelleitung in ein Pflegerzimmer. Vom Zimmer des Stationspflegers, in dem sich auch das Telefon befindet, ist noch eine Notschelle zum nächstgelegenen Krankenhause vorgesehen. Jeder Pfleger trägt eine schrillende Signalpfeife, der Schlüssel ist an einem umgeschnallten Leibriemen festgenäht, so daß er nicht verloren gehen oder dem Pfleger entrissen werden kann.

Die Eßgeschirre, Trinkbecher, Waschschüsseln, Tabletts und Nachttöpfe sind aus Papiermasse, die Eßlöffel aus weichem Holz, damit die Kranken sich aus diesen Sachen keine verbotenen Instrumente oder

Angriffswaffen anfertigen. Die Kranken schlafen in eisernen Bettstellen, deren Spiraldrahtmatratzen auf den Rahmen angenietet sind. Für den Bedarfsfall sind in den Isolierzellen aber auch noch dicke Strohsäcke vorgesehen, auf die dann wie sonst die Roßhaarmatratze aufgelegt wird. Sogenannte unzerreißliche Wäsche ist nicht angeschafft worden. Ein freundlicher Anstrich in allen Räumen mit Zierleiste, sowie einige Bilder an Holznägeln in den Tagesräumen tragen dazu bei, dem Hause seinen etwas ernsten Charakter zu nehmen.

In den Spazierhöfen stehen, in genügender Entfernung von den Mauern, schattenspendende Bäume auf möglichst großen Rasenflecken. Blumenrabatten und Ruhebänke sollen noch angelegt werden. Beide Höfe haben ein Pissoir. Zum Schutz gegen das Hinaufklettern an Dachrinne und Blitzableiter sind beide mit einem halbrunden Blech überdeckt. Die Wangen der Freitreppen haben Zementverputz, damit nicht einige Ziegelsteine herausgerissen und als Wurfwaffen benutzt werden können. In der Höhe des Oberstockes sind an der Hausmauer auf allen Seiten des Hauses große Lampen angebracht, die bei Nacht die Fenster von außen und das Innere der Höfe gut beleuchten.

Über den Betrieb des Hauses, wie er sich seit der Eröffnung im Februar 1912 gestaltet hat, sei folgendes erwähnt. Zum Stationspfleger wurde ein Pfleger ernannt, der zehn Jahre im Dürener Bewahrungshause tätig gewesen war. Alle übrigen Pfleger, auch der zweite Stationspfleger, besaßen keine besondere Schulung. Es wurden nach Möglichkeit nur kräftige und gediente Leute genommen, denen als Entschädigung für manche Beschränkung ihrer Freiheit und in Hinsicht auf den verantwortlichen Dienst eine Gehaltszulage bewilligt ist. Jeder Pfleger wird beim Dienstantritt eindringlich vom Oberpfleger, Stationspfleger und Arzt auf die wichtigsten Punkte aufmerksam gemacht und muß unterschreiben, daß er mit dem Paragraphen des StGB. über die Gefangenenbefreiung bekannt gemacht worden ist. Schwierigkeiten in der Gewinnung geeigneter Leute sowie in deren Dienstführung sind bisher nicht aufgetreten. Dank der Rührigkeit und Umsicht der beiden Stationspfleger, besonders des ersten, der eine große Erfahrung mitbrachte, ist das erste Jahr ohne aufregende Ereignisse verlaufen, trotzdem von den anderen Bewahrungshäusern z. T. recht schwierige Patienten überwiesen wurden. Soweit sich bis jetzt urteilen läßt, scheinen die getroffenen baulichen Einrichtungen, sowie die Handhabung des Dienstes, zu genügen, um Ruhe und Ordnung im Hause aufrecht zu erhalten. Es ist sehr erfreulich, daß nachträglich kaum nennenswerte Änderungen in der Einrichtung des Hauses getroffen werden mußten.

Es wird grundsätzlich sehr darauf gehalten, daß die Kranken fleißig arbeiten, wozu ihnen Näharbeit, Tütenkleben und Gartenarbeit Gelegenheit bietet. Nur in den Freizeiten und Sonntags wird ihnen im allgemeinen Beschäftigung mit ihren eigenen Sachen zur Belohnung gestattet. Aus dem vielen Singen und Musizieren, was gern erlaubt wird, darf wohl mit Recht geschlossen werden, daß die Stimmung im allgemeinen eine gute ist. Der Verbrauch an Narkoticis und Schlafmitteln ist minimal und nicht regelmäßig. Eine einzige Injektion wurde bis jetzt bei einem neueintretenden Kranken gegeben. Dagegen nehmen mehrere Kranke täglich freiwillig abends warme Bäder. In der ersten Zeit erwiesen sich feuchte Packungen oft als nützlich, doch konnte von ihnen in der letzten Zeit fast ganz abgesehen werden. Ausbruchsversuche oder böswillige Angriffe gegen Pfleger wurden nicht gemacht. Ebenso wurden nur einige Nachttöpfe, Hemden und Bettücher in der Erregung zerstört. Die ca. 80 % arbeitenden Kranken erhalten ein Butterbrot um 10 Uhr und vier Pfennige täglich, wofür ihnen gemeinsam alle 14 Tage etwas angeschafft wird, meist sind es, auf ihren Wunsch, Zigarren und Zigaretten. Extraverordnungen erhalten nur diejenigen Kranken, welche in stärkerem Grade körperlich reduziert sind und sich nicht erholen können. Jedenfalls genügt die Normalbeköstigung völlig, um bei vorhandener Eßlust Gewichtszunahme zu erzielen. Der Gesundheitszustand war während des ganzen Jahres ein sehr guter. Ein Kranker sprang auf dem Transport zur Anstalt aus dem fahrenden Zug und brach sich den Oberarm, der in einfachem Gipsverband gut und ohne jede Funktionsstörung heilte.

Von den 12 Isolierzellen sind dauernd bis jetzt nur vier oder fünf besetzt. Doch ist den Insassen der Spaziergang mit anderen Kranken gestattet. Da die Zelle bei Tage nur durch die Gittertür geschlossen ist, haben die Kranken einerseits nicht das Gefühl der Vereinsamung, da sie sich von Zelle zu Zelle unterhalten und durch die großen Korridorfenster ins Freie sehen können, andererseits sind sie auf diese Weise sehr leicht zu überwachen. Nachts brennen in den Korridoren, Zellen und auf den Wachsälen die Lampen. Die übrigen Kranken schlafen im Dunkeln. Außer den beiden Nachtpflegern wacht nachts auch noch immer ein Stationspfleger, der stündlich die Runde ums Haus macht. Damit die Pfleger nachts nicht aus Unachtsamkeit oder Leichtsinn allein

die Krankenräume betreten, müssen sie ihren Schlüssel abgeben, der im Zimmer des Stationspflegers aufgehängt wird. Natürlich sind überall die üblichen Kontrolluhren angebracht.

Dauernde Bettruhe hat sich bis jetzt als noch nicht nötig erwiesen. Im Gegenteil wird darauf gedrängt, daß die Kranken aufstehen und sich dann auch beschäftigen. Dies geschieht in der Regel auf den Tagesräumen zu acht Mann unter der Aufsicht von stets zwei Pflegern oder im Kellergeschoß in zwei großen Arbeitsräumen. Dort werden 16 Leute von einem Pfleger bewacht, der auf dem Korridor davor auf- und abgeht. Die Türen haben zu diesem Zwecke stark vergitterte große Fensteröffnungen. Soll die Tür geöffnet werden, so muß stets ein zweiter Pfleger hinzugerufen werden. Natürlich sind im Keller nur ruhige Leute beschäftigt. Durch diese Anordnung werden einmal Pfleger gespart, zum andern wird dadurch vermieden, daß die Kranken durch das ständige Zusammensein mit den Pflegern auf diese Einfluß gewinnen, den Dienst lässig zu handhaben, oder gar zu Durchsteckereien die Hand zu bieten. Alle Korridore dürfen von den Kranken nur unter Aufsicht zum Wechsel des Aufenthaltsraums benutzt werden. Die Beschäftigung mit jeglicher Hausarbeit oder mit Spülen in der Küche ist streng untersagt, damit die Kranken nicht Gelegenheit haben, sich im ganzen Hause herumzutreiben. Die Türen zu den Räumen, deren Betreten den Kranken nicht gestattet ist, tragen die Aufschrift: Nur für Pfleger. Nachts müssen die Kranken alle Sachen, auch Harmonikas, Zeitungen und Bücher abgeben. Die Nähnadeln werden ihnen zugezählt und müssen, auch wenn sie zerbrochen sind, immer wieder abgegeben werden. Nach Möglichkeit sind die Kranken, die tagsüber zusammen sind, nachts getrennt, überhaupt werden fast täglich Patienten von einem Tagesraum in den andern versetzt, damit sie keine Gelegenheit zum Komplottieren haben. Auch ist dies der beste Weg, entstehende Reibereien, wozu ja immer die Neigung vorhanden ist, im Keime zu ersticken.

Jedenfalls hat das Bewahrungshaus bis jetzt seine Aufgabe, gefährliche Elemente unter allen Umständen festzuhalten, erfüllt, ohne daß gegen den Einzelnen mit allzuscharfen Maßregeln vorgegangen werden mußte. Von den eingelieferten 58 Kranken konnten bis jetzt sieben in die Strafe zurückversetzt werden, drei wurden in andere Anstalten überführt, drei erwiesen sich als nicht mehr anstaltspflegebedürftig.

Nachdem wir so betrachtet haben, wie die Kranken untergebracht sind, möchte ich Sie bitten, noch zu beachten, in welcher weitgehenden Weise für das unverheiratete Pflegepersonal Sorge getragen wurde. Zuerst schläft nirgends das Pflegepersonal mit Kranken in demselben Raume zusammen, sondern überall, wo Aufsicht auch in der Nacht erforderlich ist, sind Nachtwachen eingerichtet, oder es geht in den Siechenabteilungen stündlich ein Pfleger durch, der die Unreinlichen aufhebt. Neben den größeren Schlafräumen für ruhige Kranke sind Zimmer mit einem Pflegerbett vorgesehen. Meist kann auch der Pfleger durch ein Fenster in der Tür den Schlafsaal übersehen. Ebenso schlafen auch neben den unruhigen Wachsälen je zwei Pfleger für besondere Notfälle, das übrige Pflegepersonal besitzt geräumige Schlaf- und Wohnzimmer z. T. mit Wasserklosettanlage in den ausgebauten Dachgeschossen. Diese sind gegen Kälte durch Korkplatten isoliert. Die beiden Aufnahmen haben sogar kleine Dachveranden. In allen Häusern hat das Personal ein eignes Klosett, von der allgemeinen Anlage durch besonderen Eingang getrennt.

In der Freizeit steht den Pflegern eine Kegelbahn im Kellergeschoß des Festsaales mit Billard und verschiedene Zeitungen, den Pflegerinnen ein größeres Zimmer mit Nähmaschine, Klavier und Kochvorrichtung zur Verfügung.

Für das verheiratete Pflegepersonal wurde ein ganzes kleines Dorf von 16 Doppelhäusern im Anschluß an die Frauenseite errichtet. Jede Wohnung hat eine Wohnküche mit Erker, der Platz um den Herd ist mit Fliesen belegt. Daneben liegt die Speisekammer, dann kommen drei Zimmer, eine Bodenkammer, Waschküche im Keller; nach dem Garten zu Stallung für ein Schwein und zwei Ziegen. Sollte Familienpflege eingeführt werden, so kann auf dem Boden noch ein Zimmer ausgebaut werden, ohne daß der Raum zum Wäschetrocknen zu sehr beengt würde. Die Häuser haben Anschluß an die Wasser- und Elektrizitätsleitung, aber nicht an die Zentralheizung. Für die Pfleger sind 65 qm, für die Stationspfleger 75 qm Raum aufgewandt. Inmitten der Männerabteilung liegt die größere Wohnung des Oberpflegers und ersten Stationspflegers. Sein Arbeitszimmer befindet sich in einem Krankenhause. Die Oberpflegerin hat im Dachgeschoß eines offenen Hauses ein Arbeits-, ein Wohn- und ein Schlafzimmer. Ein kleinerer Raum ist zum Schlafzimmer für Besuch eingerichtet und schon öfters von Damen benutzt worden, die sich zu Studienzwecken einige Zeit hier aufhielten.

Wenden wir uns nunmehr den zentralen Anlagen zu, so verdient zunächst das mächtige 90 m lange Maschinenhaus mit seinem 75 m hohen

Schornstein unsere besondere Aufmerksamkeit. Die Kohlen werden durch eine feuerlose Dampflokomotive auf einem Anschlußgleise der Staatsbahn herangebracht. Auf dem Kohlenladeplatz wird die Kohle in kleine Hängewagen geladen, die vermittelst einer großen elektrisch betriebenen Hängebahn ins Kesselhaus befördert wird; und zwar ist jeder Hängewagen mit einem Elektromotor ausgerüstet, der vom Pfleger durch Zugschnur reguliert, das Heben und Senken, Vorwärts- und Rückbewegen derselben besorgt. Über der Feuerungsanlage angekommen, öffnet sich der Boden und stürzt die Kohle in einen Trichter, von dem aus sie in die Feuerung fällt. Eine automatische Wurfvorrichtung sorgt für gleichmäßige Verteilung auf dem Feuerrost. Der Heizer hat somit nur die ausgebrannte Asche zu entfernen und den Brand zu regulieren. Im ganzen sind in einer Reihe zehn Zweiflammrohrkessel aufgestellt, die gleichzeitig als Wasser- und Dampfkessel dienen können.

In der 9 m hohen und blendend weißen Maschinenhalle, deren Decke, wie die aller Wirtschaftsräume, aus Eisenbeton besteht, sind zwei 600 pferdige Dampfmaschinen, zwei Dynamomaschinen und zwei Zusatzdynamos aufgestellt. Für die Beleuchtung zur Nachtzeit sorgt eine Akkumulatorenbatterie im Kellergeschoß. Es werden 3000 Glühlampen, ca. 30 Bogenlampen und 50 Elektromotore in den Wirtschaftsbetrieben mit Strom versorgt. Auf eine genauere Schilderung der maschinellen Anlagen möchte ich hier nicht eingehen, da dieselbe schon von berufener Seite veröffentlicht ist.*) Besonders bemerkenswert für den Laien ist, daß die Anstalt keinen Wasserturm besitzt, sondern daß die Versorgung mit kaltem Quellwasser durch eine sich automatisch ein- und ausschaltende Pumpvorrichtung reguliert. Der Druck beträgt 1 bis 3 Atm., kann aber im Notfalle — z. B. bei Feuersgefahr — bis auf 7 Atm. gesteigert werden, so daß auch die höchsten Dächer erfolgreich bespritzt werden können. Die Heizung wird gleichfalls vom Maschinenhause aus besorgt und zwar haben Kochküche, Waschküche, Bäckerei, Gesellschaftshaus, einige nahe Wohnhäuser und das Werkstättengebäude Dampfheizung, die übrigen Häuser Fernwarmwasserumlaufheizung, die in betriebstechnischer Hinsicht vorteilhafter und rentabler als Dampfheizung ist. Die hiesige Anlage ist z. Zt. die größte des Kontinents.

Neben dem Maschinenhaus befindet sich auf der anderen Seite des Normalgleises das dreigeschossige große Werkstättengebäude für Schreiner, Schlosser, Schmiede, Schuster, Anstreicher und Schneider. In Anbetracht der vielen zu erwartenden Reparaturen und sonstigen Arbeiten sind sehr reichlich Maschinen angeschafft worden. Die Schreinerei zerfällt in eine Handtischlerei und eine mechanische Schreinerei mit mehreren größeren Arbeitsmaschinen, deren Antrieb ein im Keller untergebrachter Elektromotor besorgt. Die Schlosserei besitzt eine große Drehbank von 4 m und eine kleinere von 2 m Bettlänge und eine Bohrmaschine, die Schmiede eine feste Esse mit Exhaustorbetrieb und eine transportable Feldschmiede, Bohrmaschine, Fräs- und Schleifmaschine; ein Schleifstein sowie die sonst üblichen Werkzeuge vervollständigen die Einrichtung. Nach Möglichkeit werden hier Kranke beschäftigt; da dieses Gebäude aber etwas abseits liegt, erwies es sich als praktisch, für Dütenkleben, Kartonagearbeit, Korbflechten und Bandelschuhmachen, einige Kellergeschosse in den Krankenhäusern herzurichten. Die Mehrzahl der dafür geeigneten Kranken braucht dann das Haus überhaupt nicht zu verlassen, um zur Arbeit zu kommen, so daß auch eine ganze Reihe größerer Aufsicht bedürfender Kranker erfolgreich beschäftigt werden kann. Das Werkstättengebäude bietet ferner noch Platz für die einzimmerigen Wohnungen der unverheirateten Handwerker und einige im Verwaltungsbetrieb beschäftigte Leute.

Am Ende des Gleises befindet sich ein Schuppen für die normal- und schmalspurige Lokomotive, sowie, mit besonderem Eingang, der Raum für die große Feuerleiter, eine Handspritze und sonstige Feuerlöschapparate.

Nicht weit davon liegt die Bäckerei, welche in einer eigenen Anlage untergebracht ist. Sie besitzt zwei Zweideckauszug-Dampfbackofen mit Feuerung von rückwärts, so daß das Eindringen von Staub und Ruß in den Backraum gänzlich ausgeschlossen ist. Die beiden Teigknetmaschinen werden elektrisch angetrieben. Eine Brötchenteilmaschine teilt gleichzeitig für 30 Brötchen den Teig ab. Zum Mehltransport dient ein gedeckter elektrischer Aufzug, der bis ins Dachgeschoß reicht. Ein fast 3 m hoher weißer Plättchenbelag der Wände garantiert peinlichste Sauberkeit. (Schluß folgt.)

*) Landesoberingenieur Oslender: Die maschinellen und Installationsanlagen der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg-Cleve. Kölner Technische Blatter. Juninummer 1912. Schriftleitung: Ingenieur Paul Jackschath, Köln-Kalk, Buchforststraße 36.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie XII.

Aus der Literatur des Jahres 1912 zusammengestellt.

Von Privatdozent Dr. *W. Vorkastner*, Oberarzt an der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.

(Fortsetzung.)

III. Militärstrafgesetzordnung.

§ 441.

In einem durch den Gerichtsherrn zugunsten des geisteskranken Verurteilten eingeleiteten Wiederaufnahmeverfahren kann nur der Gerichtsherr — nicht auch ein Angehöriger oder Vertreter (Vater, Vormund, Pfleger) des Angeklagten — einen Verteidiger beauftragen. (RMG. II. 5. Mai 1909.) Jahrb. pag. 210.

IV. Bürgerliches Gesetzbuch.

§ 7.

Mangelt einer Person zufolge Willensschwäche jeder bestimmte Entschluß, so kann sie einen Wohnsitz nicht begründen. (RG. IV. 20. Juni 1912.)
D. R. Entsch. Nr. 2794.

§ 53.

Es ist nicht zulässig, innerhalb der als „Bestürzung, Furcht oder Schrecken" zu bewertenden Geistesverfassung zu unterscheiden, ob der in Notwehr Handelnde noch fähig ist, zu erwägen, welche Maßnahmen zur Abwehr erforderlich sind und welche darüber hinausgehen. Handelte der Angegriffene unter dem Einfluß der hier vorausgesetzten Gemütserregungen, so war er nach dem Gesetz für die Folgen seines Tuns nicht verantwortlich, gleichviel, ob der jenseits der erforderlichen Verteidigung liegende Erfolg zurückzuführen war auf einen Vorsatz des Angeklagten oder auf eine Unachtsamkeit bei der Ausführung der beabsichtigten, hinter jenem Erfolg zurückbleibenden Abwehrhandlung. (RG. III, 27. Nov. 1911.) D. R. Entsch. Nr. 142.

§ 104.

Bei festgestellter Geisteskrankheit ist zu prüfen, ob etwa frühere reguläre Vorstellungen wenigstens noch als Motive gewirkt haben.

Das KG. erklärt als erwiesen, daß W. am 26. März 1904 bereits an Paralyse gelitten hat, läßt diese wesentliche Tatsache aber bei der Erörterung der einzelnen Handlungen ganz außer Betracht. Befestgestellter Geisteskrankheit bedarf es aber zur Beantwortung der Frage nach der Willensfreiheit vor allem einer Prüfung in der Richtung, ob Vorstellungen und Empfindungen sowie Einflüsse dritter Personen, die bei gesunden Menschen zur Erklärung einer Handlung ausreichen, bei dem Kranken noch in normaler Weise als Motive gewirkt haben oder ob er durch sie in solcher Weise beherrscht worden ist, daß eine vernünftige Überlegung und eine darauf beruhende Entschließung nicht mehr möglich war. Nach dieser Richtung fehlt jede Begründung. Das Urteil zieht vielmehr zwecks Verneinung der Willensunfreiheit gewisse subjektive Momente, wie hochgradige Vergeßlichkeit, Eitelkeit, Sucht zu glänzen und als reicher Mann zu erscheinen, in einer Weise heran, die Bedenken erregen muß, ob es nicht den Begriff der freien Willensbestimmung verkannt hat, da es unterlassen hat, sich die Frage vorzulegen, ob nicht gerade derartige geistige Defekte, Empfindungen und Vorstellungen bei einem an Paralyse Leidenden sich als Ausflüsse seiner Geisteskrankheit darstellen, denen er möglicherweise, ohne Widerstand leisten zu können, unterlegen ist. Gleiches gilt von der Unterlassung jeder Erörterung darüber, ob er nicht bei einzelnen Handlungen den Einflüssen des R. in einer durch seine Geisteskrankheit hervorgerufenen, die freie Willensbestimmung ausschließenden Weise unterlegen ist. (RG. II. 29. März 1912.)
D. R. Entsch. Nr. 1427.

§ 104 Nr. 2.

Wird aus praktischen Gründen statt der Entmündigung nur die Einleitung einer Gebrechenpflegschaft beantragt, so hindert dies nicht, gelegentlich der Erörterung der Zuständigkeit, Geisteskrankheit festzustellen.

Das LG. hat angenommen, daß K. geschäftsfähig sei, also auch seinen bisherigen Wohnsitz selbständig aufgeben konnte, weil er bei der beantragten Anordnung der Pflegschaft in der Geschäftsfähigkeit nicht beschränkt worden wäre und daher vor Anordnung der Pflegschaft um so weniger beschränkt sein konnte, als der Antragsteller selbst nicht Geisteskrankheit in dem Sinne behauptet hat, daß eine Entmündigung in Frage käme oder die freie Willensbestimmung des K. ausgeschlossen wäre. Diese Begründung der Geschäftsfähigkeit ist rechtsirrtümlich Für die Frage, ob die Voraussetzungen des § 104 Nr. 2 gegeben sind, ist es gleichgültig, ob eine Entmündigung wegen Geisteskrankheit beantragt ist oder nach dem Willen des Antragstellers nicht beantragt werden soll, weil er die Interessen des Kranken auch durch die Anordnung einer Pflegschaft in genügender Weise gewahrt erachtet; es ist auch ohne Belang, daß die beantragte Pflegschaft auf die Geschäftsfähigkeit ohne Einfluß ist. Aus diesen Tatsachen kann ein

Schluß darauf, daß Geschäftsunfähigkeit im Sinne des § 104 Nr. 2 BGB. nicht vorhanden ist, nicht gefolgert werden. (Bay. OLG. 16. Febr. 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 1124.

§ 104 Ziff. 2.

Eine Person kann infolge einer geistigen Störung für gewisse Angelegenheiten geschäftsunfähig, für andere Angelegenheiten dagegen geschäftsfähig sein, wenn die geistige Störung auf diese ohne Einfluß ist. (Stuttgart, 7. Nov. 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 2140.

§ 105 Abs. 2.

Ein Beweisangebot für derartige Geschäftsunfähigkeit muß gerade den streitigen Zeitpunkt treffen.

Der Beklagte hat gegen die Bürgschaftsurkunde vom 20. Juni 1907 Nichtigkeit nach § 105 Abs. 2 BGB. eingewendet, er sei vom März bis Anfang Juli 1907 schwer an Gicht erkrankt und in der Hauptsache bettlägerig gewesen; im Mai und Juni habe er andauernd im Fieber gelegen und jeden Tag eine später zwei Morphiuminjektionen erhalten; infolgedessen habe er sich bei Vollziehung jener Urkunde in einem unzurechnungsfähigen Zustande befunden. Er hat hierfür u. a. mehre Ärzte als sachverständige Zeugen und Sachverständige benannt; die Vorinstanzen haben jedoch diesen Beweis nicht erhoben, vielmehr den Einwand durch den Inhalt der vom Beklagten erstatteten Strafanzeige sowie sein gesamtes späteres Verhalten für widerlegt erachtet. Darin liegt kein Rechtsverstoß. Der vom Beklagten gestellte Beweisantrag ist viel zu unbestimmt, um berücksichtigt werden zu können; der Beklagte hat nicht einmal behauptet, daß ihn einer der sachverständigen Zeugen gerade am 20. Juni 1907 gesehen habe und über seinen geistigen Zustand an diesem Tage Auskunft geben könne. (RG. VI. 17. Juni 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 2502.

§ 114.

§ 114 BGB. stellt die wegen Geistesschwäche Entmündigten den Minderjährigen von mehr als 7 Jahren nur in Ansehung der Geschäftsfähigkeit, d. h. der Fähigkeit zu rechtsgeschäftlichen Willenserklärungen gleich. Auf die Deliktsfähigkeit übt die Entmündigung als solche keinen Einfluß aus. Die Verantwortlichkeit des wegen Geistesschwäche Entmündigten für den einem andern durch eine unerlaubte Handlung zugefügten Schaden richtet sich daher lediglich nach der allgemeinen Bestimmung des § 827 BGB., wonach derjenige für den Schaden nicht verantwortlich ist, der im Zustande der Bewußtlosigkeit oder in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit einem andern Schaden zufügt. Der Ber.-R. hat daher die Frage, auf welche sich die Entscheidung des Rechtsstreits zuspitzt, durchaus zutreffend dahin gestellt, ob der Beklagte sich bei Vornahme der Rechtsgeschäfte mit dem klagenden Verein im Zustande der Willensfreiheit im Sinne des § 827 BGB. befand oder nicht. Ist die Verantwortlichkeit zu bejahen, so kann allerdings darin, daß der Geschäftsunfähige oder in der Geschäftsfähigkeit Beschränkte, sich für geschäftsfähig ausgibt und dadurch andere verleitet, sich mit ihm in rechtsgeschäftliche Beziehungen einzulassen, eine unerlaubte Handlung, insbesondere ein Betrug gefunden werden (Motive zum Entwurf des BGB. Bd. II, S. 733). Das von der Revision vermißte Merkmal der Widerrechtlichkeit ist vorhanden, wenn der Entmündigte, um die erstrebten Vermögensvorteile zu erlangen, die Tatsache seiner Entmündigung dem Geschäftsgegner gegenüber in der Absicht, ihn zu täuschen, unterdrückt. Die sich hieraus ergebende Haftbarkeit des beschränkt Geschäftsfähigen oder Geschäftsunfähigen steht auch keineswegs in Widerspruch mit den Zwecken, die das Gesetz mit den Bestimmungen über die Nichtigkeit oder Unwirksamkeit ihrer rechtsgeschäftlichen Willenserklärungen verfolgt. Denn wenn diese Vorschriften auch in erster Linie im Interesse des Geschäftsunfähigen oder nicht voll Geschäftsfähigen gegeben sein mögen und ihre Ausbeutung durch andere verhüten sollen, so schließt das doch nicht aus, daß diese Personen sich selbst um die ihnen zugedachte Wohltat des Schutzes gegen Übernahme vermögensrechtlicher Verpflichtungen bringen, indem sie bei Eingehung rechtsgeschäftlicher Beziehungen zu Dritten sich diesen gegenüber zugleich unerlaubter Handlungen schuldig machen. (RG. 23. Okt. 1911.)

J. W. Nr. 1 pag. 24.

§ 119.

Die Berufung eines längere Zeit als Hilfsarzt beschäftigten Irrenarztes als Leiter der gleichen (privaten) Heilanstalt wird bei verständiger Würdigung nicht durch die Tatsache einer jahrelang zurückliegenden Pensionierung wegen eines inzwischen behobenen Leidens ausgeschlossen. (RG. III. 10. Juli 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 3025.

Laboratorien in Provinzial-Irrenanstalten.

Von Geh. San.-Rat Dr. *Fries*, Göttingen.

In Nr. 34 des vorigen Jahrgangs dieser Zeitschrift ist in einer Mitteilung von Herrn Dr. Rein über das neue Laboratorium der Brandenburgischen Landes-Irrenanstalt zu Landsberg a. W. am Schluß gesagt:

„Dieser Neubau und diese Neueinrichtung sind besonders hervorzuheben deshalb, weil es sich nicht darum handelte, bei einem vorzunehmenden Anstaltsneubau auch die von der modernen Psychiatrie geforderten wissenschaftlichen Hilfsmittel in entsprechenden Räumen zur Verfügung zu stellen, sondern weil hier wohl zum ersten Male von einer Provinzialverwaltung für ein wissenschaftliches Anstaltsinstitut an sich die Mittel gewährt wurden."

Diese Vermutung trifft nicht zu. Die Provinzialverwaltung von Sachsen hat einen lediglich der Einrichtung von ärztlichen Arbeitsstätten gewidmeten Anbau an dem Leichenhause der Landesheilanstalt zu Nietleben bei Halle (Saale), das früher nur einen kleinen Arbeitsraum enthielt, bereits im Jahre 1898 bewilligt.

Der beregte Anbau in dieser Anstalt, deren fast 27jährige Leitung ich mit dem 1. Oktober 1912 aus Gesundheitsrücksichten niederlegen mußte, schuf geräumige Laboratorien für anatomische, chemische, bakteriologische, Röntgen-Untersuchungen, für Sammlungen (dabei eine gesonderte Sammlung für den Unterricht in der Krankenpflege) und für photographische Zwecke, im Kellergeschoß Raum zur Unterbringung von Versuchstieren und von einem Verbrennungsofen (Kori) für kleine Tierleichen u. dgl.

Aufgefallen ist mir in der Schilderung des Landsberger Laboratoriumsgebäudes, welches „alles, was für ein Laboratorium einer größeren Irrenanstalt notwendig erscheint", bieten soll, das Fehlen eines Röntgen-Apparates, von dem auch nicht erwähnt wird, ob er etwa an anderer Stelle (Lazarett?) vorhanden oder beabsichtigt ist.

Mir wenigstens will es scheinen, als gehöre dieses wichtige Hilfsmittel der Untersuchung zu den jetzt unentbehrlichen Requisiten nicht nur jedes allgemeinen Krankenhauses, sondern auch eines solchen für Geisteskranke, das zudem ein zahlreiches Personal beherbergt (cf. u. a. Verletzungen und Krankheiten des Knochengerüsts, Fremdkörper, Krankheiten der Brust- und Bauch-Organe), und ich würde, wenn ich nicht beides gleichzeitig haben könnte, das dem lebenden Kranken unmittelbar nützende Instrumentarium einer Einrichtung für anatomische Untersuchungen zweifellos voranstellen. Auch wenn man die Möglichkeit hat, ein fremdes Institut für Röntgen-Untersuchungen in Anspruch zu nehmen, entschließt man sich — wie ich aus eigener Erfahrung weiß — hierzu, ganz abgesehen von Transportschwierigkeiten, doch nur in den dringlichsten Notfällen.

Im übrigen ist es gut sich gegenwärtig zu halten, daß die Arbeitsstätten der Ärzte einer Irrenanstalt für Beschäftigung außerhalb des Rahmens klinischer Beobachtung der Psychosen in der Hauptsache nicht sowohl ein „wissenschaftliches Anstaltsinstitut" im Sinne eines Forschungsinstituts darstellen, als die Hilfsmittel für Untersuchung und Behandlung der Kranken und für die eigene Belehrung der Ärzte gewähren sollen.

Ob aus ihnen — wie gewiß erstrebenswert — auch „wissenschaftliche" Leistungen, die der Veröffentlichung wert sind, hervorgehen, hängt weit weniger von der Einrichtung als davon ab, ob Persönlichkeiten vorhanden sind, welchen alle Voraussetzungen zu erfolgreicher wissenschaftlicher Arbeit und Förderung eines Wissensgebietes innewohnen.

Bei der Auswahl der Ärzte wird aber, abgesehen von Universitäts-Instituten, die Rücksicht auf die praktischen Erfordernisse des Krankendienstes in erster Linie, die Eignung zu wissenschaftlicher Forschung in zweiter Linie zu stehen haben.

Dem Leiter einer großen Irrenanstalt selbst wird bei unseren heutigen Einrichtungen und bei dem Umfang seiner administrativen Belastung und Verantwortung zur Vertiefung in eigene wissenschaftliche Unternehmungen meist keine Zeit zur Verfügung bleiben, er wird sich vielmehr in der Regel darauf beschränken müssen, den Anstaltsärzten die Möglichkeit hierzu zu bieten und Anregung zu geben.

Mitteilungen.

— **Die Debatte über das Irrenwesen im deutschen Reichstag** am 26. XI. 1912. (Schluß.)

Am 18. April 1912 hat in der 40. Sitzung ein Herr Kollege Stellung genommen zu dem Fall Albrecht in Marburg und hat gesagt, es handle sich um die Internierung eines Fräuleins Albrecht gegen ihren Willen in einer Irrenanstalt. Ja, meine Herren, wohin sollen wir kommen, wenn man sich zu der

Annahme entschließen würde, ein Geisteskranker habe einen freien Willen? Die geistige Erkrankung charakterisiert sich gerade dadurch, daß die freie Willensbestimmung aufgehoben ist. Ein solcher Kranker handelt nicht aus normalen Motiven, sondern aus anormalen Motiven, und es ist geradezu ein Ding der Unmöglichkeit, einen Kranken deshalb aus einer Anstalt herauszulassen oder ihn nicht in eine Anstalt hineinzubringen, weil das Verbleiben in einer Anstalt oder die Überführung gegen seinen Willen ist. Der Geisteskranke bedarf eines Schutzes. Dieser Schutz wird ihm außerhalb der Anstalt durch den Vormund oder Pfleger gegeben, wenn ihm nicht die Familie einen ausreichenden Schutz bieten kann. Der Schutz wird ihm auch durch die Anstalt geboten, denn die Anstalt ist dazu da, den Kranken vor Handlungen zu schützen, durch die er sich selbst oder andere schädigen könnte.

Es wurde dann hervorgehoben, daß bei der Albrecht erst dann, als sie nach 14½ Monaten in der Anstalt für unheilbar erklärt worden sei, das Gericht Kenntnis von der Sache bekommen habe, weil ein Pfleger für das Fräulein gefordert wurde. Meine obigen Mitteilungen haben schon ergeben, daß das ein Ding der Unmöglichkeit ist. Als das Fräulein Albrecht in die Irrenanstalt zu Marburg überführt wurde, ist der Kgl. Staatsanwaltschaft sofort Mitteilung gegeben worden. Ich habe das Material hier liegen, welches Aufschluß gibt über die Unterbringung dieses Fräuleins. Zunächst hat der Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Tuczek über den Krankheitszustand sein Urteil abgegeben. Die Kranke ist dann später, weil sie für unheilbar erklärt wurde, in die Landesirrenanstalt Merxhausen gekommen, und dort ist sie im März 1911 entlassen worden. Das Amtsgericht hat allerdings die Entmündigung nicht ausgesprochen; aber nach meiner Ansicht ist das Urteil, ohne mich näher darauf einlassen zu wollen, insofern nicht richtig, als, wenn vom Arzt die geistige Erkrankung festgestellt ist, der Richter sich nicht mehr über die geistige Erkrankung auszusprechen braucht, sondern nur über die Geschäftsfähigkeit, d. h. darüber, ob die Kranke überhaupt ihre Angelegenheiten noch verwalten und besorgen könne. Das Landgericht hat denn auch das Urteil des Amtsgerichts Marburg vom 15. August 1911 aufgehoben und die Helene Albrecht wegen Geisteskrankheit entmündigt. In der Begründung dieses Beschlusses hat sich das Landgericht zu folgender Feststellung veranlaßt gesehen:

> Es soll jedoch hervorgehoben werden, daß nach dem Ergebnis der Ermittlungen keine Zweifel obwalten können, daß im Dezember 1909 die Helene Albrecht infolge ihrer Geisteskrankheit so hilfsbedürftig und gemeingefährlich war, daß ihre Unterbringung in die Anstalten von Marburg und Merxhausen nicht bloß gerechtfertigt, sondern für die Kranke durchaus notwendig war.

Ich werde auf die Mitteilungen über das Verhalten der Albrecht, wie ich sie hier in einem Briefe vorliegen habe, nicht des näheren eingehen, sondern möchte nur hervorheben, daß, als im März 1911 die Albrecht aus der Anstalt entlassen worden ist, sie sich damals nach mehrtägigem Aufenhalt in Kassel nach Marburg begeben hat, wo sie sofort der öffentlichen Fürsorge wieder verfallen ist. Es wurde der Albrecht durch den Landarmenverband eine monatliche Unterstützung von 15 M. gewährt; davon waren 10 M. für Wohnungsmiete bestimmt, 5 M. als Beihilfe zum Lebensunterhalt. Das übrige sollte sie durch eigenen Verdienst erwerben, was ihr aber nicht gelang. Sie lebte in Marburg von der ihr gewährten Armenunterstützung, von ihrem geringen Verdienst aus Handarbeiten und von geheimen Unterstützungen wohltätiger Personen. In Marburg wurde die Familie der Albrecht schon seit 1904 öffentlich unterstützt. Meine Herren, wenn damals in der Verhandlung vom 18. April hervorgehoben worden ist:

> Ich habe im vorigen Jahr ausführlich darüber gesprochen, daß die Psychiatrie immer mehr daran ist, die Rechtspflege nach und nach zurückzudrängen — ich kann ohne weiteres sagen, daß ich aus allen Parteien Zustimmungserklärungen bekommen habe —,

so möchte ich erklären, daß es absolut nicht im Sinne der Psychiatrie liegt, das Rechtsgebiet der Juristen in irgendeiner Weise angreifen zu wollen. Die Psychiater stellen sich vielmehr nur die Aufgabe, unzutreffenden und unrichtigen Urteilen vorzubeugen, und sie wollen nur das Interesse der Kranken wahren. Eine weitere Gefahr liegt seitens der Irrenärzte ganz gewiß nicht vor. Wenn ferner, wie ich schon sagte, die Ansicht ausgesprochen worden ist, das Irrenwesen solle unter dem Gesichtspunkt geregelt werden, daß niemand gegen seinen Willen und ohne Mitwirkung des Richters in die Irrenanstalt gebracht wird, da diese Unterbringung ein Akt der Rechtspolizei, eine Art Zwangshaft sei —, so muß ich im Interesse der Psychiatrie dagegen entschieden Verwahrung einlegen. Die Überführung und der Aufenthalt in einer Irrenanstalt ist nicht ein Akt von Zwangshaft, sondern ist allein durch das Interesse für den Kranken bedingt: sie bezweckt Heilung, sie bezweckt Besserung.

Wenn hinsichtlich unseres Irrenwesens noch mancherlei sonstige Wünsche vorgebracht werden, so möchte ich unter diesen besonders noch einen Wunsch hervorheben, und das ist die Frage, wie weit es möglich ist, eine Heilung der Geisteskrankheiten herbeizuführen. Ich möchte darauf hinweisen, daß vom Geh. Medizinalrat Dr. Siemens in der Sitzung vom 29. Mai 1912 in Kiel auf die Wichtigkeit hingewiesen worden ist, einer biologischen Untersuchung und biologischen Forschung auf dem Gebiete der körperlichen Grundlagen der Geisteskrankheiten näher treten zu wollen. Der Wunsch des Herrn Geheimrat Siemens, der vom Verein der deutschen Irrenärzte einstimmig geteilt worden ist, ist als durchaus berechtigt anzuerkennen, und es wäre sehr erfreulich, wenn die Kaiser Wilhelm-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften ein solches Institut für die biologische Untersuchung der Geisteskrankheit schaffen würde.

Meine Herren, unsere Geisteserkrankungen sind

nichts anderes als körperliche Erkrankungen, sie haben also mit irgendeiner Störung des Geistes nichts zu tun, und zwar weil der Geist stofflos ist. Der Geist ist aber während unseres Lebens an das Substrat des Gehirns gebunden, und wenn die materielle Unterlage, wenn das Gehirn und das zentrale Nervensystem erkrankt ist, kann unser Geist nicht in der Weise tätig sein wie bei einem gesunden Nervensystem.

Ich habe mit Vorliebe unsere Geistestätigkeit in meiner früheren Tätigkeit mit einem Klavier und einem Klavierspieler verglichen. Wenn ein Klavier gut gestimmt ist und im ordentlichen Zustande sich befindet, so kann ein kleines Kind auf dem Klavier die schönsten Sachen spielen; wenn Sie aber ein Klavier vor sich haben, das gesprungene Saiten hat, das in Dissonanz sich befindet, können Sie den besten Klavierspieler vor das Klavier setzen, und niemals wird dieser auf dem schlechten Klavier etwas Ordentliches spielen können. So geht es auch bei der Gehirnrinde und der Geistestätigkeit: wenn das Gehirn vollständig normal ist, wird auch unsere Geistestätigkeit normal sich äußern.

Sodann möchte ich auch noch eine andere Frage bei dieser Gelegenheit erwähnen, die Frage der Anstellung der Ärzte in Privatirrenanstalten. Wenn diese Frage auf dem Wege der Verordnung geregelt werden könnte, wäre es jedenfalls von außerordentlich großer Bedeutung. Die Ärzte in Privatirrenanstalten, besonders die Irrenanstalten der Genossenschaftspflege, stehen eigentlich mehr oder weniger haltlos da. Wenngleich die Provinzen ihre Kranken in diese Genossenschaftsanstalten hineinschicken, so ist es gegenwärtig noch immer Sache der Genossenschaften, die Ärzte direkt anzustellen, und sie stellen sie an, aber nicht mit Pension, nicht in fester Anstellung, sondern die Ärzte sind mehr oder weniger dem Willen der einzelnen Genossenschaft unterworfen, was immerhin eine mißliche Sache ist. Es ist ja durch die ministerielle Anweisung für Privatirrenanstalten auch die Frage des leitenden Arztes geregelt. Er soll eine bestimmte Tätigkeit ausüben. Aber er ist vielfach, wie ich selbst als Mitglied der staatlichen Besuchskommission mitgemacht habe, mehr oder weniger lahm gelegt in der Durchführung der Wünsche durch die Art und Weise der Wünsche, die die Genossenschaft hat, und der Arzt steht mehr oder weniger immer, ich möchte sagen, auf einem Vulkan, indem er abhängig ist in seiner Stellung von dem Vorstand der Ordensgenossenschaft. Das ist eine Frage, die meiner Überzeugung nach dringend einer Regelung bedarf.

Sodann aber würde ich noch ein weiteres Wort sprechen für die Pfleger der Irrenanstalten. Der Krankenpflegedienst durch Anstalten ist ein außerordentlich verantwortungsvoller, und es läßt sich nicht verkennen, daß unsere Pfleger vielfach von morgens früh bis am anderen Morgen in der verantwortungsvollen Tätigkeit sind, wenngleich sie gewiß im Lauf der letzten Jahre mancherlei Erleichterungen erhalten haben. Aber trotz alledem stehen sie in mancher Beziehung ungünstig, nicht nur wegen ihrer finanziellen Lage, sondern auch hinsichtlich ihrer Zukunft. Ich weiß sehr wohl, daß in verschiedenen Provinzen die Pfleger der Irrenanstalten der Invalidenversicherung unterliegen, und daß, weil sie nicht Beamte sind, somit also nicht pensionsberechtigt, ein sogenanntes Gesetz geschaffen ist, das für diejenigen die Zukunft regeln soll, die nicht direkt pensionsberechtigt sind. Da wird nun in vorkommenden Fällen die Pension festgesetzt in der üblichen Weise nach der Dienstzeit. Aber es wird dann auf die Pension die Invalidenrente in Anrechnung gebracht und in Abzug genommen. Es ist das nach meiner Ansicht eine Härte. Ich habe darauf schon, während ich noch in meiner früheren Tätigkeit stand, mehrfach hingewiesen, da zu der Invalidenrente an und für sich der Pfleger selbst ja die Hälfte des Beitrags zu zahlen hat, und es wäre nicht mehr als recht und billig, daß in solchen Fällen, wo ein Pfleger aus körperlichen oder sonstigen Gründen unfähig ist, seinen Dienst weiter zu versehen, er dann eine Pension bekommt und außerdem zu dieser Pension die ihm zustehende Invalidenrente. Wenn das geschieht, so würde allmählich auch mehr und mehr der Pflegerstand in unseren Irrenanstalten sich bessern; denn mancherlei Wünsche liegen da allerdings vor.

Der Zweck eines Irrenschutzgesetzes, meine Herren, kann im Interesse der Kranken eigentlich nur darin liegen, die Aufnahme in die Anstalt zu erleichtern, nicht aber zu erschweren, wie jeder bestätigen wird, dem die schwere und schmerzliche Aufgabe geworden ist, einen ihm Nahestehenden zum Zweck der Heilung oder Besserung in eine Anstalt zu überführen. Im Interesse der Anstalten und deren Angehöriger — und damit weiß ich mich einig mit sämtlichen Psychiatern und mit allen denjenigen, die in den Irrenanstalten und für Geisteskranke tätig sind — gebe ich die Erklärung ab und der Überzeugung Ausdruck, daß die Irrenärzte sich stets von dem gewissenhaftesten Bestreben leiten lassen werden, das Wohl der ihnen anvertrauten Kranken zu fördern, und daß sie sich in diesem Bestreben auch gesichert fühlen gegen alle ungerechtfertigten Beschuldigungen und unbegründeten Klagen, welche gegen sie erhoben werden.

(Bravo im Zentrum und links.)

Vizepräsident Dove: Das Wort hat der Herr Abgeordnete Dombek.

Dombek, Abgeordneter: Meine Herren, nach den ausführlichen Mitteilungen, die uns besonders über die einschlägigen Bestimmungen und über den Standpunkt der Ärzte zu diesen wichtigen Fragen gemacht worden sind, werde ich Ihre Geduld nur kurz in Anspruch nehmen. Der Herr Referent hat hervorgehoben, daß wir schon allzulange auf eine reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens warten müssen. Es liegen verschiedene Beschlüsse des Reichstags nach dieser Richtung vor, die aber die Reichsregierung nicht veranlaßt haben, in dieser Frage irgendwie vorzugehen. Nach allem, was besonders in der letzten Zeit bekannt geworden ist, ist es jedoch die höchste Zeit, daß die Reichsregierung sich nun-

mehr endlich dieser für die Beteiligten höchst unangenehmen und schmerzlichen Sache annehme.

Es ist Ihnen vor einigen Tagen die Petition des Fabrikbesitzers Emanuel Lubecki aus Beuthen zugegangen — eine umfangreiche Broschüre, ausgestattet mit reichem Beweismaterial.*) Ich will ihren Inhalt nicht vortragen, da gewiß verschiedene der Herren Kollegen, die sich für diese Dinge interessieren, sie studiert haben. Wer das getan hat, wird zugeben müssen, daß in diesem Falle bestimmt ein Fehlgriff vorliegt. Denn es sind auf Seite 18 die Gutachten der Universitätsprofessoren Dr. Bonhöffer in Breslau und Dr. Nißl in Heidelberg abgedruckt, aus denen hervorgeht, daß der in Frage kommende Herr Lubecki nicht krank, insbesondere nicht an progressiver Paralyse krank ist. Herr Professor Dr. Bonhöffer sagt sogar, daß Herr Lubecki weder an progressiver Paralyse leide noch gelitten habe, daß er weder jetzt noch früher geisteskrank gewesen sei.

Dieser Fall ist in seinen Folgen für den betreffenden Herrn Lubecki von so weittragender Bedeutung, daß schon um seinetwillen die Frage der Regreßansprüche angeschnitten werden muß, die Frage der Ansprüche, die ein zu Unrecht in eine Anstalt Gebrachter zu stellen berechtigt ist. Der Betreffende hatte ein blühendes Geschäft, das nun in Verfall geraten ist; er ist um eine halbe Million Mark geschädigt worden. Man wende nicht ein, dies sei ein Ausnahmefall, auf Grund dessen man die Gesetzgebungsmaschine nicht in Bewegung setzen solle. Es sind in den letzten Jahren wiederholt ähnliche Fälle vor den Gerichten zur Sprache gekommen, und leider sind dabei die vermögensrechtlichen Folgen nicht immer in ihrer ganzen Schwere dargelegt worden. Aber so viel steht fest, daß diese Folgen in den einzelnen Fällen geradezu ungeheuerlich sind.

Aber abgesehen davon kommt eins in Betracht: daß es sich in jedem Falle darum handelt, jemandem seine persönliche Freiheit, das höchste Gut eines Menschen, zu entziehen, und ich muß aus diesem Grunde es ablehnen, mich auf den Standpunkt des Herrn Vorredners zu stellen, der da meint, nur der Arzt und allein der Arzt hätte bie der Unterbringung eines Kranken in der Anstalt zu entscheiden. Ich meine, es sollten da noch ganz andere Kautelen geschaffen werden, als sie jetzt bestehen. Jedenfalls müßte dem Gericht ein viel größerer Spielraum bezw. eine viel größere Ingerenz gewahrt werden. Es ist wohl heute bei der Geschäftslage des Hauses — wir sprechen über die Petition schon eineinhalb Stunden — nicht angebracht, das gesamte Material, das ich hier habe, aufzurollen. Es wird ja dazu Gelegenheit sein bei der Besprechung des Etats des Reichsamts des Innern. Jedenfalls meine ich: schon die Besprechung verschiedener Einzelfragen sollte die einschlägigen Behörden veranlassen, den gerügten Übelständen näherzutreten, sie aufzuhellen und insbesondere alles zu tun, damit Geisteskranken, die nach ihrer eigenen Überzeugung es nicht sind, denen nicht einmal ein Pfleger, ein Vormund beigegeben ist, ihr Recht wird.

Meine Herren, ich habe hier den Fall eines gewissen Hassa, der in der Anstalt in Leubus untergebracht worden ist. Der Mann hat dort über neun Jahre zugebracht, ohne daß er einen Pfleger (Vormund) hatte.

(Hört! hört! bei den Sozialdemokraten.)

Am 21. Juli 1912 ist er entmündigt worden.*) Ich

*) Anm. d. R. Diese Petition enthält tatsächlich gar kein Beweismaterial für die Reformbedürftigkeit des Irrenwesens, sondern ist nur der Beweis dafür, daß es dem Verf. nicht gelungen ist, sich der Einsicht in die Beweiskraft der richterlichen Feststellungen über seine Geisteskrankheit zu erschließen und sich bei der durch richterliche Entscheidung geschaffenen Sachlage zu beruhigen. Das auf S. 18 der Petition abgedruckte Gutachten des Professor Nißl datiert vom 12. Juli 1906 — also ca. 5½ Monat nach dem Austritt des Verfassers aus der Anstalt — beschäftigt sich nur mit der Frage, ob bei dem Verfasser Paralyse vorliegt, was von Nißl verneint wird. Das Gutachten des Prof. Bonhoeffer, datiert vom 5. Februar 1907, besagt, daß progressive Paralyse nicht vorliegt, und daß die hypomanische Erregung, die nach der Krankengeschichte zu Leubus bestanden hat, abgeklungen ist, daß L. sich in einer normalen Affektlage befinde und daß er, Bonhoeffer, an seiner Geschäftsfähigkeit zu zweifeln, keine Veranlassung gefunden habe, besagt also nicht, wie der Reichstagsabgeordnete Dombek angibt, daß der Verf. auch früher nicht geisteskrank gewesen sei Daß in der Angelegenheit der Unterbringung des Verfassers in der Anstalt ein „Fehlgriff", wie der Abgeordnete Dombek behauptet, nicht vorgelegen hat, hat das Verfahren gegen den Redakteur Schmidt außer jeden Zweifel gestellt. Ich verweise auf die Darstellung des Prozesses und den Bericht über den Ausgang in Nr. 37, Jahrgang X, dieser Wochenschrift, und auch auf die in derselben Nr., Seite 321, abgedruckte Zuschrift des Prof. Bonhoeffer. Der vom Verfasser der Petition gemachte Versuch, Regreßansprüche zu stellen, ist wie es von vornherein nicht anders zu erwarten war, gescheitert.

Im übrigen dienen zur Illustration der weiteren Gestaltung des Falles, namentlich mit Rückblick auf frühere Begutachtung, am besten des Verfassers eigene Auslassungen auf der letzten Seite seiner Petition, die vom 7. XI. 1912 datiert ist.

„Trotz eingehender Motivierung meiner gemachten Anzeige ist das Verfahren eingestellt worden, nachdem der Herr Ermittlungsrichter hierselbst, entgegen der Anschauung des Berliner Gerichtshofes an den Herrn I. Staatsanwalt beim Landgericht I in Berlin berichtet hat, daß er mich mehrfach vernommen und zu vernehmen versucht habe. Die Vernehmungen haben niemals zu einem sachdienlichen Ergebnis geführt, da ich zwar nicht völlig geisteskrank, aber doch hochgradig exzentrisch und jedenfalls vermindert zurechnungsfähig bin. Ich sei weder imstande, klare und folgerichtige Angaben zu machen, noch Aufklärungsfragen oder Vorhaltungen zugänglich. Es ist demnach völlig ausgeschlossen, daß eine noch so eingehende Vernehmung irgend ein sachdienliches Ergebnis haben könnte und dergl. mehr. Daraufhin haben die Staatsanwaltschaften zu Breslau und Beuthen sowie in Neiße, an welche die Anzeige abgegeben worden ist, das Verfahren eingestellt und meine dagegen erhobenen Beschwerden wurden von der Oberstaatsanwaltschaft zurückgewiesen.

Auch der Antrag beim Königl. Oberlandesgericht zu Breslau auf gerichtliche Entscheidung über die Bescheide des Königl. Ober-Staatsanwalts wurde abgelehnt."

(Der Verf. der Petition hatte nämlich im Jahre 1910 gegen verschiedene bei oben erwähntem Prozeß beteiligte Personen geglaubt Anzeige wegen Meineids und Freiheitsberaubung erstatten zu sollen!)

Zum Schluß bittet er in der Petition, den Justizminister zu bewegen, die Staatsanwaltschaften zu Berlin, Breslau, Beuthen O.-S. und Neiße zum Einschreiten gegen die von ihm im November bezw. Dezember 1910 Angezeigten zu veranlassen . . ."!

*) Anm. d. Red. Hierzu ist zu bemerken, daß die Herbeiführung der Entmündigung, wenn sie geboten erscheint, Sache der in der Zivilprozeßordnung dafür genannten Personen ist. Häufig nehmen die Staatsanwälte von der Beantragung der Entmündigung Abstand, wenn der auf behördliche Einweisung in Anstaltspflege befindliche Kranke vermögenslos ist

habe Schriftstücke von ihm — ich gestehe, daß ich in diesem Falle Laie bin —, die durchaus nicht erkennen lassen, daß der Mann geistesgestört ist. Jedenfalls hatten die Behörden, sollte eine Geistesgestörtheit doch vorgelegen haben, die Pflicht, den Sachverhalt insofern klarzustellen, als sie schon bald bei Beginn sich um die Bestellung eines Pflegers für diesen Mann bemüht hätten. Nach dieser Richtung hin hat ja auch der Herr Vorredner zugegeben, daß eine Änderung, eine Besserung der bestehenden Irren- oder, wie er es nannte, Irrenschutzgesetzgebung wohl angebracht ist.

Meine Herren, ich schließe, indem ich die Reichsregierung dringend bitte, in allernächster Zeit schon dem Reichstage eine Gesetzesvorlage zugehen zu lassen, die mit den Zuständen, wie sie in verschiedenen Prozessen in den letzten Jahren zutage getreten sind, und wie sie aktenmäßig feststehen, gründlich aufräumt.

Vizepräsident Dove: Das Wort hat der Herr Abgeordnete Dr. Struve.

Dr. Struve, Abgeordneter: Meine Herren, darin kann ich mich dem Herrn Vorredner anschließen, daß das Reich sich um das Irrenwesen so weit kümmert, wie es irgendwie die Kompetenz des Reichs zuläßt. Aber ich komme aus einem anderen Grunde zu dieser Forderung. Bei der Prüfung dieser Materie wird nach meiner festen Überzeugung der aktenmäßige Nachweis geführt werden, daß das Irrenwesen bei uns in Deutschland so musterhaft und so einwandsfrei ist, wie man das nur von einem Zweige der deutschen Medizin und der deutschen Wissenschaft erwarten kann. Ich halte es deshalb auch nicht für richtig, wenn hier sowohl von dem Herrn Berichterstatter wie auch von dem Herrn Kollegen Dombek der Eindruck erweckt wird, als wenn bei uns im Irrenwesen Zustände herrschten, daß wir uns, wenn es wirklich so wäre, wie es hier geschildert ist, tatsächlich schämen müßten, daß so etwas von uns geduldet wird. Herr Dombek hat nach derselben Methode gearbeitet wie Herr Thiele, der nach meiner Meinung keinen objektiven Bericht als Berichterstatter über die Tätigkeit der Petitionskommission erstattet, sondern hier direkt eine Rede als Abgeordneter gehalten hat. Der Herr Kollege Thiele will ja beim Etat des Reichsamts des Innern die ganze Sache noch einmal eingehend vorbringen; vielleicht hätte er warten sollen, hätte auch dann erst sein Urteil aussprechen sollen. Er behauptet, es wäre eine ungeheure Fülle von Material vorhanden, er stellt sich auf den Standpunkt, die landesgesetzliche Regelung hätte vollständig versagt usw. usw.

(Zuruf von den Sozialdemokraten.)

Er meinte ja sogar, es brauche nur ein Arzt der Liebhaber einer Frau zu sein, um nachher den Ehemann als geisteskrank in eine Anstalt einsperren lassen zu können. Ich meine, in der Weise sollte diese ernste Materie doch nicht behandelt werden, und es muß aufs energischste Widerspruch erhoben werden, wenn hier im hohen Hause ausgesprochen wird, es sei ein Skandal und wieder ein Skandal, wie bei uns das Irrenwesen eingerichtet sei.

(Zuruf von den Sozialdemokraten.)

Wenn man allerdings, um mich ganz höflich auszudrücken, auf dem harmlosen Standpunkte steht, wie der Herr Berichterstatter, daß es nicht erlaubt sei, jemand gegen seinen Willen in eine Irrenanstalt einzusperren, dann zeigt man, daß man sich noch nicht genügend über diese ganze Sache orientiert hat. Ich freue mich deshalb, daß Herr Dr. Gerlach, wenn auch leider nicht im Namen des Zentrums, so doch für seine Person hier einen ausgezeichneten Überblick über das gesamte Irrenwesen gegeben hat, so daß ich mich im Grunde seinen Ausführungen nur anschließen kann. Auch ich habe meinerseits nichts gegen eine reichsgesetzliche Regelung, weil ich, wie schon gesagt, die feste Überzeugung habe, daß dann auch die Öffentlichkeit, die ja jetzt leider häufig gerade von Irren orientiert wird, zu einem anderen Urteile gelangen muß. Es sind ja gerade die Gebesserten, die nachher die großen Broschüren in die Welt hinaussenden, und es ist doch ganz unmöglich, sich nur auf Grund einer solchen Broschüre oder dergleichen eine objektive Ansicht über Irrensachen zu bilden.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch gegen den Wortlaut des Petitionsberichts Einspruch erheben, wonach „gegen fahrlässige oder böswillige Unterbringung geistig Gesunder oder nicht gemeingefährlicher Geisteskranker in Irrenhäusern die vollsten gesetzlichen Garantien geschaffen werden müßten." Wenn man das liest, so gewinnt es den Anschein, als ob das bei uns Gebrauch ist oder überhaupt vorkommt, während ich aus voller Überzeugung den Standpunkt vertrete, daß unser Irrenwesen in Deutschland genau so auf der Höhe steht wie die deutsche Wissenschaft und die deutsche Medizin überhaupt.

(Bravo! links.)

Vizepräsident Dove: Das Wort hat der Herr Abgeordnete Bassermann.

Bassermann, Abgeordneter: Ich möchte namens meiner politischen Freunde die Erklärung abgeben, daß auch wir die Notwendigkeit einer reichsgesetzlichen Regelung des Irrenwesens anerkennen. Es ist dies bei allen früheren Gelegenheiten, bei denen Petitionen zur Sprache kamen, und auch beim Etat geschehen, auch wiederholt durch den Mund der sachverständigen ärztlichen Mitglieder unserer Fraktion, des verstorbenen Abgeordneten Kruse, später durch Herrn Dr. Arning vom medizinischen Standpunkte ausgesprochen worden. Hier liegt eine dringliche Aufgabe vor. Denn darin wird man den Ausführungen des Herrn Vorredners ohne weiteres zustimmen müssen: auch wenn eine Reihe von Fällen, die uns im Laufe der Jahre unterbreitet werden — es gelangt ja eine ganze Reihe von Zuschriften und Petitionen an uns —, unbegründet sein mag, so ist doch auf der

und bezüglich seiner Person Angelegenheiten, die Fürsorge erfordern, nicht vorhanden sind. Erst wenn ein besonderes Moment hinzukommt, wodurch Entmündigung zweckmäßig erscheint, wird sie dann herbeigeführt. So war es auch bei Hassa. Er ist wegen Quärulantenwahns als geisteskrank entmündigt. Daß Anstaltspflege und Entmündigung nicht unbedingt miteinander verknüpft sein müssen, ist schon so oft dargetan worden, daß sich ein Eingehen darauf erübrigt. Auch dieser Fall bietet also kein „Beweismaterial".

anderen Seite sicher der Gesichtspunkt richtig, daß im Volke die Meinung vorhanden sein muß, daß feste Garantien gegen die Verbringung eines Gesunden in eine Irrenanstalt vorhanden sein müssen, tunlichst erschöpfend sein sollen. Und dieses Gefühl ist nicht durchweg bei allen Fällen vorhanden; mit Recht oder Unrecht, dies zu untersuchen ist hier nicht der Platz.

Ich kann eigentlich auch nicht einsehen, weshalb man mit dem Vorschlag eines Reichsgesetzes noch zögert. Seit vielen Jahren werden diese Dinge immer wieder besprochen, immer wieder wird darauf hingewiesen, daß die vollsten gesetzlichen Garantien gegen bösliche oder namentlich auch gegen fahrlässige Behandlung derartiger Fälle geschaffen werden müssen. Daher möchte ich glauben, daß der Antrag der Petitionskommission, der einstimmig gefaßt ist, und der ja auf der Grundlage beruht, daß man die Notwendigkeit einer reichsgesetzlichen Regelung des Irrenwesens anerkennt, berechtigt ist. Ich bitte Sie, diesem Antrage beizutreten.

Vizepräsident Dove: Das Wort wird nicht weiter verlangt; die Diskussion ist geschlossen.

Wünscht der Herr Berichterstatter das Wort? — Das ist nicht der Fall.

Wir kommen zur Abstimmung.

Die Petitionskommission beantragt unter Nr. 317 der Drucksachen: Der Reichstag wolle beschließen: die Petition II Nr. 30, betreffend reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens und durchgreifenden Schutz gegen unbegründete Einsperrung in staatliche oder private Irrenanstalten, dem Herrn Reichskanzler als Material zu überweisen.

Wenn kein Widerspruch erfolgt, würde ich annehmen, daß das Haus dem Antrage der Petitionskommission zustimmt. — Dies ist der Fall, da kein Widerspruch erfolgt.

— **Psychiatrischer Fortbildungskurs in München.** Vom 10. Februar bis 8. März 1914 findet an der psychiatrischen Klinik in München der nächste psychiatrische Fortbildungskurs statt. Als Dozenten beteiligen sich die Herren:

Allers: Chemische Pathologie und Diäto-Therapie der Psychosen. Brodmann-Tübingen: Topographische Histologie der Großhirnrinde. Isserlin: Experimentelle Psychologie, Psychotherapie. Kraepelin: Psychiatrische Klinik. Liepmann-Berlin: Über aphasische, agnostische und apraktische Störungen. Plaut: Liquor- und Serumuntersuchungen; Demonstrationen zur forensischen Psychiatrie, einschließlich der psychiatrischen Jugendfürsorge. Rüdin: Über Entartung und über Vererbung geistiger Störungen. Spielmeyer: Anatomische Grundlagen der Geisteskrankheiten. Weiler: Psychopathologische Untersuchungsmethoden. — Zahl der Vorlesungsstunden etwa 100. — Die genauere Stundeneinteilung wird später bekannt gegeben. Honorar 61 M. Anmeldungen an Herrn Privatdozent Oberarzt Dr. Rüdin, Nußbaumstraße 7, München. Im Herbst 1913 findet kein Fortbildungskurs statt.

— **Verein der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens.** 48. Versammlung am 3. Mai 1913, nachmittags 2 Uhr, in Hannover, Lavesstr. 26, part. Tagesordnung: 1. Bruns-Hannover: Neuropathologische Mitteilungen. 2. Snell-Lüneburg: Die Trinkerheilanstalten nach dem Vorentwurf des deutschen Strafgesetzbuches. 3. Bunnemann-Ballenstedt: Über den Begriff „Suggestion". 4. Grütter-Lüneburg: Einiges über Paralyse und Wassermann. 5. Eichelberg-Göttingen: Zur Frage der Lues nervosa. — Nach der Sitzung findet in Kastens Hotel (Georgshalle) ein gemeinsames Essen statt.

Der Vorsitzende: Gerstenberg-Hildesheim.

— Zu dem so überaus tragischen **Tode des Kollegen Dr. Steinitz** in Hubertusburg wird uns mitgeteilt: Herr Oberarzt Dr. Steinitz war schon seit längerer Zeit krank. Er litt an Arteriosklerose, welche bezüglich der Hirngefäße schon so hochgradig war, daß schwere Sprachstörungen sich geltend machten. Dabei Schlafmangel, hypochondrisch-melancholische Verstimmung, zunehmende Unfähigkeit zu jeder dienstlichen Betätigung. Er wollte aber auch nicht in den Ruhestand gehen aus krankhafter Idee, „es lange nicht zu", während er tatsächlich in nicht ungünstigen Verhältnissen sich befunden hätte.

Wahrscheinlich aus Angst vor dem drohenden Siechtum, sowie in der melancholischen Verstimmung hat er sich am 26. März mittags in seiner Wohnung erschossen, nachdem er sich schon seit einigen Tagen krank gemeldet hatte.

Referate.

— Rieger: Über ärztliche Gutachten im Strafrecht und Versicherungswesen. Vierter Bericht (vom Jahre 1911) aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg. Würzburg, Kabitzsch, 1912. 218 S. 6 M.

Alles, was Rieger schreibt, ist interessant und lehrreich, freilich oft sehr subjektiv gefärbt und fast immer von einem Gegenstand zum andern springend. Hier hat er sich vornehmlich über ärztliche Gutachten in vorzüglicher Weise ausgesprochen, an der Hand eigener großer Kasuistik, wobei zugleich auf das Juristendeutsch geschimpft wird. Er brandmarkt mit Recht den Glauben der inneren Mediziner an äußere Ursachen, die Leichtgläubigkeit der Ärzte bez. eines Zusammenhangs zwischen Ursache und Wirkung, das so oft falsch angewandte ärztliche Mitleiden, die große Subjektivität aller Gutachten, und betont das Spiel des Zufalls bei Begutachtungen, den Zufall bez. der erblichen Belastung, die große Ungewißheit bez. der Blutsverwandtschaft, wobei den wissenschaftlichen Genealogen ein scharfes Kapitel über die certitudo patrum (bisweilen sogar matrum) gelesen wird etc. Im Anfange seines Buches spricht sich Rieger scharf aus gegen Lombrosos Lehre vom Verbrechertypus und „geborenen Verbrecher", wobei er die Kriminalanatomie ganz bagatell behandelt, auch für die Kriminalpsychologie nicht viel übrig hat und gegen die Abschaffung des Strafmaßes loszieht. Hierin geht er entschieden zu weit, wie auch in der Ablehnung der Sterilisation in geeigneten Fällen. Näcke.

— Redlich und Binswanger: Die klinische Stellung der sog. genuinen Epilepsie. Berlin 1913, Karger. 196 S. 6 M.

Redlich behandelt den Gegenstand ungemein genau und kritisch vom mehr klinischen Standpunkte aus (mit ca. 400 Literaturangaben!), Binswanger vor allem vom pathologisch-anatomischen, beide auf Grund großer persönlicher Erfahrung. Man sieht, wie hier, von der Definition ab, alles noch im unklaren ist. Beide Autoren wollen mit Recht von Epilepsie nur dann reden, wenn epileptische Anfälle dawaren. Redlich möchte am liebsten Namen und Begriff der genuinen Epilepsie ganz fallen lassen; auch Binswanger neigt dem zu und will höchstens für die ätiologisch „dunklen" Fälle die Bezeichnung „konstitutionelle Epilepsie" beibehalten, doch bestreitet er strikte, daß z. Zt. die Hypothese berechtigt wäre, die Epilepsie sei schlechthin eine organische Erkrankung des Gehirns. Näcke.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Schleswig.** Dr. med. Johann Gottlieb Dieckert aus Greifswald ist am 1. April d. Js. als Assistenzarzt eingetreten.

— **Irrenanstalt Friedrichsberg** bei Hamburg. Dr. med. Walter Ruben ist am 1. April 1913 als Assistenzarzt hier eingetreten.

— **Dresden**, Städtische Heil- und Pfleganstalt. Der dirig. Arzt Dr. Nitzsche ist am 1. April 1913 ausgeschieden und als Oberarzt und stellvertretender Direktor der Landesanstalt Sonnenstein in den Staatsdienst übernommen worden.

Dr. Josef v. Ehrenwall trat als Hilfsarzt ein.

Therapeutisches.

Über Getreidekeime als Nährmittel. Von Prof. Dr. H. Boruttau. (Aus der physiologisch-chemischen Abteilung des städtischen Krankenhauses im Friedrichshain in Berlin.) Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie 1912, Band XVI.

Die Embryonen der Leguminosen und Getreidearten sind besonders reich an löslichem Eiweiß und Eiweißbausteinen. Durch fettspaltende Fermente, welche beim Lagern von keimhaltigem Rohmehl aus dem in ihnen selbst enthaltenen Oel, sowie aus den Lezithinen und anderen Phosphatiden der Keime wie der Eiweißschicht des Korns die freien Fettsäuren abspalten, bekommt das Mehl einen ranzigen Geruch und Geschmack und kann eventuell auf die Magendarmschleimhaut reizend wirken. Dies zu verhindern oder zu beseitigen, ist das notwendige Erfordernis bei der Herstellung eines Getreidekeimpräparates, welches als Nährmittel große Dienste leisten kann.

Materna, ein Getreidekeimpräparat, scheint dieser Forderung zu genügen. Chevalier gibt folgende mittlere Zusammensetzung an:

Wasser	11,50	Raffinose, Glukose, Saccharose	24,35
Eiweißstoffe	38,54		
Cholesterine	0,44		
Lezithine	1,55	Zellulose	1,71
Fette	12,50	Asche	4,82

Mit Angaben der Literatur stimmen auch einige bisher von Boruttau an dem Präparat Materna angestellte Analysen recht gut überein. Ein Ausnützungsversuch am Menschen ergab eine Ausnützung des Stickstoffs, wie sie für Fleisch bekannt ist. Zwei Versuchsreihen an jungen Hunden gleichen Wurfes ergaben einen günstigen Einfluß der Getreidekeime mit ihrem hohen Gehalt speziell an Phosphorsäure auf das Wachstum auch des tierischen Organismus. In beiden Versuchsreihen zeichneten sich die Tiere, welche das Keimpräparat erhielten, durch besondere Lebhaftigkeit aus, leisteten also neben entsprechender oder höherer Ansatzarbeit noch vermehrte mechanische Arbeit. Ein fehlerfreies Getreidekeimpräparat wie das hier untersuchte als Nährmittel, besonders für den wachsenden Organismus, berechtige zu guten Hoffnungen.

Ein Beitrag zur Beantwortung der Frage: Ist die Modifikation der Wassermann'schen Blutprobe nach v. Dungern verläßlich? Von Dr. J. F. V. Crippa, Bad-Hall, Linz. Wiener med. Wochenschrift, 1912, Nr. 43.

Verfasser hat die von Dungern'sche Methode bei mehr als 50 Patienten geprüft und in allen Fällen, die kurz vorher oder nachher auch im Wiener serodiagnostischen Institut untersucht wurden, volle Übereinstimmung der Resultate festgestellt. Er empfiehlt Innehaltung der den Merck'schen Bestecken beigegebenen Anweisung; die Vorschläge von v. Ingersleben für die Technik der Reaktion scheinen entbehrlich. Die Probe ist rund 3 Stunden nach Beginn beendigt, die einzelnen Manipulationen nehmen jedoch als solche weniger Zeit in Anspruch. Bei der Wichtigkeit der zu entscheidenden Frage soll der untersuchende Arzt auch die gewöhnlichen Handgriffe (Schütteln der Reagenzgläser) selbst ausführen. Nach den vorliegenden Erfahrungen ist die Methode eine wertvolle und brauchbare Vereinfachung der Wassermann'schen Originalreaktion. Wo Zeit und Mittel es erlauben, z. B. bei Heiratskandidaten soll auf die Originalmethode keineswegs Verzicht geleistet werden.

Anstaltstechnisches.

Eine neue dreiteilige Matratze.

Von Oberarzt Dr. *Nerlich* in Großschweidnitz.

Die Vorteile der dreiteiligen Matratze gegenüber der aus einem Stück bestehenden Matratze sind allgemein so bekannt, daß sie an dieser Stelle nur kurz erwähnt zu werden brauchen; einmal sind die einzelnen Teile der dreiteiligen Matratze selbst von schwächlichen Pflegerinnen eintretenden Falles leicht und ohne große Kraftanwendung zu handhaben, sodann aber lassen sich auch die einzelnen Teile gegeneinander austauschen, so daß ihre Abnutzung und somit auch die Kosten für ihre Aufbesserung wesentlich geringer als bei der einteiligen Matratze sind.

Diesen Vorteilen stehen aber Nachteile gegenüber, welche jedem Arzte, der sich mit Krankenpflege beschäftigt, bald zum Bewußtsein kommen. Die Kranken klagen oft, daß beim Liegen ihr Schultergürtel und beim aufrechten Sitzen, wie es meist bei der Nahrungsaufnahme stattfindet, ihr Gesäß auf die Fuge a zu liegen komme und in unangenehmer, schmerzhafter Weise gedrückt werde. Und diese Klagen sind nicht

unberechtigt, das geht schon daraus hervor, daß gerade die Teile der Matratze, welche in der Fuge a aneinanderliegen, die größte Abnutzung aufzuweisen pflegen.

Die Klagen der Kranken veranlaßten mich, eine Matratze nach einer anderen Dreiteilung anfertigen zu lassen.

Die Vorteile der neuen Dreiteilung gegenüber der alten springen bei einer Betrachtung der nachstehenden Abbildungen sofort ins Auge.

Alte Dreiteilung.

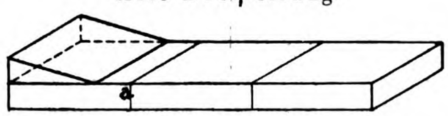


Fig. 1.

Neue Dreiteilung.

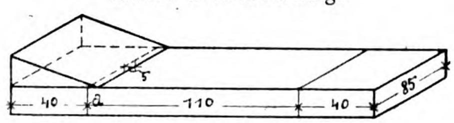


Fig. 2.

Fig. 1 gibt eine Matratze nach der alten, Fig. 2 eine solche nach der neuen Dreiteilung wieder. In Fig. 2 liegt die Fuge a unter dem Keilkissen, so daß weder Schultergürtel noch Gesäß durch sie gedrückt werden kann.

Ein Nachteil dürfte vielleicht darin erblickt werden, daß bei der neuen Dreiteilung nicht das Mittelstück, sondern nur Kopf- und Fußteil gegeneinander ausgewechselt werden können. Das ist ja nun zwar richtig, fällt aber gegenüber dem obenerwähnten Vorzug der neuen Dreiteilung nicht besonders ins Gewicht. Dazu kommt noch folgende Erwägung. Das Mittelstück ist, wenn es auch größer als das der alten Dreiteilung ist, doch keineswegs so umfangreich und schwer, daß es nicht auch von schwächlichen Personen mühelos zu handhaben wäre; wird es nun aber durch Drehen um seine Längs- und um seine Querachse regelmäßig gewendet, so wird, da immer neue Stellen dem Körperdruck ausgesetzt werden, seine Abnutzung erst nach langer Zeit erfolgen, und es werden somit die Kosten für Aufbesserungen sich nicht wesentlich höher als bei der alten Dreiteilung stellen.

Die Matratze ist von Pflegern, Schwestern und Kranken ausprobiert worden und hat sich bei diesen Versuchen so bewährt, daß ihre Anschaffung warm empfohlen werden kann. Die Maße der einzelnen Teile werden sich nach der Länge der Bettstelle richten müssen. Bei einer Bettstellenlänge von 190 cm empfiehlt es sich, das Mittelstück 110 cm, die Kopf- und Fußteile je 40 cm lang anfertigen zu lassen. Das Keilkissen muß etwa 5,0 cm über die Fuge a hinausragen.

Die Matratze kann natürlich mit jedem Material gefüllt werden. Die beste Füllung ist und bleibt Roßhaarfüllung, welche nur den Nachteil des hohen Preises besitzt. Die Kapokfüllung ist zwar billig, bewährt sich aber nicht besonders, weil sie dem Körperdruck zu sehr nachgibt, so daß die Abnützung und Reparaturbedürftigkeit eine größere ist. Für größere Krankenhäuser, namentlich aber für Irrenanstalten verdient des billigen Preises und der geringen Reparaturkosten wegen die Herstellung aus Fiber den Vorzug.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien) — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.

Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 826.

Nr. 3. 19. April **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Über die innere Einrichtung der Anstalt Bedburg. Von Dr. G. Werner, Bedburg. Schluß. (S. 35.) — Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. XII. Von Oberarzt Dr. W. Vorkastner, Greifswald. Fortsetzung. (S. 39) — Zum Bericht der statistischen Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie. Von Medizinalrat Dr. Kreuser. (S. 42.) — Mitteilungen (S. 43): Bericht über die Sitzung der pommerschen Vereinigung für Neurologie und Psychiatrie. Verein bayerischer Psychiater. Provinz Brandenburg. 3. Internationaler Kongreß für Neurologie und Psychiatrie, Gent. — Personalnachrichten (S. 46). — Anstaltsökonomische Notiz (S. 46.)

Über die innere Einrichtung der Anstalt Bedburg.

Nach einem in Bonn im psychiatrischen Verein der Rheinprovinz am 23. Nov. 1912 gehaltenen Vortrag.

Von Dr. *G. Werner*, Bedburg.

(Schluß.)

Wie nicht anders zu erwarten war, mußte die Kochküche, welche bei voller Belegung täglich 3000 Personen zu beköstigen hat, zu einem imposanten Bau ausgestaltet werden, was sich äußerlich auch daran zeigt, daß dort auf einem Erkertürmchen eine Turmuhr angebracht ist, welche nachts erleuchtet wird. In der Mitte des Gebäudes liegt, schon von außen durch ihre riesigen Fenster auf beiden Seiten des Hauses kenntlich, die eigentliche Kochhalle mit 14 × 22 m Grundfläche. Die gewölbte Decke erhebt sich bis zu 10 m im Scheitel und geht durch zwei Stockwerke hindurch. Vor dieser Halle, nach der Anstalt zu, ist der Gemüseputz- und Kartoffelschälraum, in dem ca. 80 Frauen um die Plättchenbassins sitzen können. Daneben befindet sich die Spülküche mit mehreren Spülbassins aus Duranametall. Hieran schließt sich, mit besonderem Eingang, Klosett- und Waschvorrichtung, der freundliche Speiseraum des Küchen- und sonstigen unverheirateten Personals. Vor der Kochhalle liegt, nach der Straße zu, links ein Kühlraum für den täglichen Bedarf. Zwischen diesen Raum und die Küche ist ein Gang eingeschaltet, so daß der Kühlraum isoliert ist. In diesem Gang steht eine Bank für elektrisch betriebene kleinere Küchenapparate der Alexander-Werke. Rechts kommt man in ein größeres Magazin, sowie den Packraum mit Rampe von außen. Den Rest des Geschosses nehmen die vier Räume der so sehr wichtigen wirtschaftlichen Anstaltsverwaltung ein, die einem Verwaltungsinspektor und mehreren Assistenten untersteht. Im Obergeschoß liegen noch Magazinräume und nach vorn die Wohnung für zwei unverheiratete Magazinwärter, nach hinten für die erste und zweite Oberköchin mit je zwei Zimmern und für 12 Küchenmädchen.

Kehren wir nun zur Kochhalle, die in blendender Weiße erstrahlt und abends von großen Bogenlampen erleuchtet wird, zurück, so fallen zunächst zu beiden Seiten des Mittelganges sechs je 600 Liter fassende Dampfkochkessel auf, die konzentrisch um je ein hohes Rohr angeordnet sind. Durch dieses tritt im Keller erwärmte trockene Luft ein, die einerseits zur Beheizung, andererseits dazu dient, sich mit dem unvermeidlichen Wasserdampf zu sättigen. Die Entlüftung erfolgt durch vier Deckenrosetten. Der eigentliche Kochherd steht frei, während der Bratofen und die Kaffee- und Milchkochkessel für je 40 Liter an den Wänden angeordnet sind. Der Koch- und Bratherd hat Kohlenfeuerung, sonst dient nur Heizdampf zum Erhitzen. Alle Apparate sind weiß emailliert, die blanken Teile vernickelt, die Wände haben hohen weißen Plättchenbelag. Rechts und links in der Fensterwand befinden sich die Speiseausgaben, außen von einem Vorbau überdeckt. Der Abschluß erfolgt durch Schiebefenster, innen stehen die Eßkessel auf einer niedrigen breiten Bank mit Metallplatte, die ständig warm gehalten werden kann. Die Eßkessel werden in die Speisetransportwagen verladen und auf einem Schienenstrang, der durch die ganze Anstalt läuft, mit einer feuerlosen Lokomotive zu den einzelnen Häusern befördert. Die Verteilung der Speisekessel dauert jetzt auf der Männerseite bei rund 900

belegten Betten knapp 20 Minuten, auf der Frauenseite bei ca. 700 belegten Betten knapp 15 Minuten. Die Speisen kommen noch so heiß auf den Abteilungen an, daß sie dort erst etwas abkühlen müssen, obwohl keinerlei besondere Isoliereinrichtungen in dem Transportwagen getroffen sind.

Zur schnelleren Bereitung der Speisen sind in den Nebenräumen der Küche aufgestellt: Je eine Maschine zum Gemüse- und Kartoffelschneiden, zum Gemüsewaschen, Kartoffelschälen, Passieren, Kohlschneiden, Fleischhacken, Aufschnittschneiden, Brotschneiden, zum Reiben, Schneiden, Eiszerkleinern; schließlich sind noch je eine Mühle zum Kaffee- und Gewürzmahlen vorhanden. Im Keller findet die Limonadebereitung statt, dann stehen dort die Einmache-Bottiche aus glasierten Tonplatten und die Kaffeeröstmaschine. Die übrigen Räume sind für Vorräte usw. bestimmt. In den Boden der Kochhalle sind überdeckte Rillen eingelassen, die das fetthaltige Wasser in einen Kremerschen Fettfänger leiten, um so das sonst verlorengehende Fett zur Seifenbereitung verwenden zu können.

Etwas kleiner als die Kochküche, aber immer noch von recht ansehnlichen Dimensionen ist die dicht daneben gelegene Waschküche. Von der Wäscheannahme gelangt die Wäsche auf großen niedrigen Rollwagen in den eigentlichen Waschraum, der ebenso wie die Kochhalle durch zwei Geschosse durchgeht. Die Bodenfläche beträgt 13 × 21 m, die Höhe 8,5 m. In diesem Raum sind an den Wänden sechs große Waschmaschinen aufgestellt, die durch Transmissionsriemen bewegt werden, ferner vier Zentrifugen zum Wasserausschleudern. Der Deckel dieser Zentrifugen kann nicht geöffnet werden, solange sich dieselben drehen. In einer Ecke steht das große Laugenfaß. Unter den Fenstern befinden sich sechs kupferne längliche Mulden für die Handwäscherei. Die Mitte nehmen ein großer Spülbottich mit vierflügeligem Rad und zwei Einweichbottiche mit Plättchenbelag zu sechs und acht Abteilungen ein. Durch eine breite, gewölbte Maueröffnung gelangt man in den Raum für die zwei großen Vier- und Sechsmulden-Dampfmangeln. Nach rechts geht es dann in die Wäscheausgabe mit ihren langen Regalen, nach links in das Flickzimmer und zur Treppe, die zum großen Trockenapparat mit vorläufig 16 Kulissen, zum Bügelzimmer und zur Kastenmangel führt. Trotz der billigen elektrischen Kraft wurden keine elektrischen Bügeleisen angeschafft, da dieselben durch die vielen Reparaturen zu teuer sind. Zum Transport der Wäsche nach oben dient ein elektrischer Aufzug in der Wand. Ein Speiseraum für das Personal, die Schlafzimmer der Waschmädchen und die zweizimmerigen Wohnungen der beiden Oberwäscherinnen sind gleichfalls in demselben Gebäude untergebracht. Mit besonderem Eingang gliedert sich noch zur ebenen Erde der Desinfektionsraum mit Bad für den Desinfektor an.

In der Nähe der Kochküche am Rand der Mulde, zwischen Männer- und Frauenabteilung, liegt ferner noch das Festsaalgebäude. Dieses enthält als Hauptraum den großen, hellen und freundlichen Festsaal für ca. 500 Personen. Die Grundfläche beträgt 13,5 × 24 m, die Höhe bis zur gewölbten Decke 10,5 m. An der einen Schmalseite befindet sich die große Bühne mit Nebenräumen, an der entgegengesetzten Seite die Galerie für die Beamten mit gesondertem Eingang, Kleiderablage und zwei Klosetts, sowie neben der Galerie ein Billardraum. Den Längswänden sind breite Veranden vorgelagert, auf denen den Kranken Erfrischungen gereicht werden können. Die Ausgabe erfolgt durch zwei Schalter mit Schiebefenstern. Die Wände sind mit blaugrauer Kaseïnfarbe gefällig gestrichen; sehr hübsch wirken unter den Oberlichtfenstern Ovale mit dekorativ behandelten Tierszenen aus dem deutschen Walde. Zur Beleuchtung dienen vier große Kronleuchter, sowie an mehreren Stellen angebrachte Wandbeleuchtung mit langen Glasstäben davor, außerdem sind noch zahlreiche kleinere Glühbirnen an den Deckengurten angebracht. Die sichtbaren Birnen sind alle rund und mattiert. Im Kellergeschoß befinden sich zwei Kegelbahnen, die kleinere für die Beamten, die größere mit Vorraum für die Pfleger als Gemeinschaftsraum bestimmt.

Auf der anderen Seite der Mulde erhebt sich auf einer imposanten, durch Mauern gestützten Terrasse, die Kirche, welche ihrer Vollendung entgegengeht. Sie bietet im Schiff und Querschiff 560, auf den Emporen 140 Plätze. Sie wird ganz ausgemalt, die Grundstimmung ist goldgelb auf graublauem Sockel. Altar und Kanzel sind aus Stein. Zu beiden Seiten des Altars liegen die Sakristeien. Die Fenster bekommen Antikglas in Bleifassung mit figürlichen Darstellungen. Die Orgel besitzt 18 Register und zwei Manuale. Die Kirche wird durch Umlaufheizung erwärmt. Die Luft tritt an vier Stellen ein und strömt durch Öffnungen in der Wand, 2 m über dem Fußboden, ab. Der Turm ist bis zur Plattform 28 m, bis zur Kreuzspitze des kupfergedeckten Helmes 46 m hoch. Seit Weihnachten läuten schon die drei Bronzeglocken, welche auf E, G, A gestimmt sind und bei einer Schallöffnung von 1,16 cm, 1,04 cm und 0,92 cm, ein Gewicht von 1275, 700 und 480 kg haben. Die Turm-

uhr mit vier Zifferblättern besitzt ein eigenes Uhr- und Schlagwerk, wird aber auf elektrischem Wege mit der Uhr der Kochküche gleichgestellt.

Während alle diese Gebäude an der westlichen Hauptfront liegen, ist das Schlachthaus am Ostende der Männerabteilung errichtet. Die Gebäude umgeben auf drei Seiten einen Hof. Auf der vierten ist der einzige Eingang, der stets überwacht werden kann, da sich links davon das Wohnhaus des verheirateten Schlächtermeisters und seiner Gesellen, rechts davon die Fleischausgabe befindet. Aus dem Hauptschlachtraum, über dem sich auf dem Dach ein großer massiver Aufbau zum Dunstabzug befindet, gelangt man an der Kaldaunenwäsche und dem Schweinebrühbottich vorbei in den Vor- und Hauptkühlraum, dann zur Ammoniakkältemaschine, die gleichzeitig das nötige Kunsteis liefert. Daran schließt sich der Tranchierraum, die Wurstküche und der schon erwähnte Ausgaberaum mit Schreibstube und Arbeitsplatz für den Fleischbeschauer an. Im Keller befindet sich die Räucherkammer, der Pökelraum, der Trockenraum für Dauerwurst und Schinken mit Aufzug. Unter dem Schlachtraum liegt der Häutekeller. Alle Räume haben, soweit nötig, reichlich Plättchenbelag an den Wänden und Fliesenfußboden. Die Fenster sind mit Jalousieverschluß und Eisenrahmen versehen. Das Fleisch wird mit einer Hochtransportbahn aus dem Schlachtraum in die Kühlräume befördert, beim Verlassen des ersteren gleichzeitig gewogen. Die Abfälle kommen in einen Trichterwagen, der auf den Schienen zu einer Kalkgrube in der Gärtnerei läuft.

Ganz am Ostende der Anstalt, auf einem kleinen Hügel, liegt inmitten der Friedhofsanlagen die Leichenkapelle. An den einfach aber würdig ausgestatteten Altar-Raum für die gottesdienstlichen Handlungen schließt sich nach links mit besonderem Eingang ein kleiner Raum für den Geistlichen mit Kleiderablage und Klosett an; dann weiter nach hinten ein größerer Mikroskopierraum und in der Mittelachse der große Sektionsraum mit zwei Marmorsektionstischen, an denen seitlich ein Maßstab eingelassen ist; an der einen Wand befindet sich ein zweiteiliges, großes Waschbecken für den Prosektor und an der anderen Seite ein flaches Instrumenten- und ein tiefes Darmspülbecken aus Feuerton. Fünf große Fenster, mit einigen Fliegengittern, sowie zwei große, elektrische Lampen sorgen für ausgiebige Helligkeit zu jeder Tages- und Nachtzeit. Der ganze Raum ist in weiß gehalten und mit Wandplättchen versehen. Rechts neben dem Altarraum befindet sich der eigentliche Leichenraum, welcher durch einen 2 m langen, mit Handbetrieb versehenen, Aufzug mit dem Leichenkeller verbunden ist, dieser soll hauptsächlich in den heißen Sommermonaten benutzt werden. Wegen der vielen zu erwartenden Todesfälle schien es geboten, reichlich Raum für Leichenaufbewahrung zu schaffen. Allerdings hat sich diese Voraussicht bis jetzt als unnötig erwiesen, da die Zahl der Todesfälle weit hinter der erwarteten Menge zurückgeblieben ist. Offenbar haben die gesunde frische Waldluft und die guten hygienischen Verhältnisse einen großen Einfluß auf die niedrige Mortalität ausgeübt.

Die Gärtnerei, auf der Frauenseite jenseits einer öffentlichen Straße gelegen, besitzt ein Warmhaus und ein Kalthaus in zwei Abteilungen, nach Norden einen Gemüse-Dörraum, verschiedene Nebenräume und den Zugang zum Heizkeller; daran angebaut ist die Wohnung für einen verheirateten Gärtnergehilfen und zwei unverheiratete Gehilfen. Die Wohnung des Obergärtners, ein sehr schmuckes Häuschen, liegt etwas abseits. Für die Gärtnerei sind 60 Morgen in den dort liegenden Rieselfeldern vorgesehen. Die Abwässer der Anstalt gehen durch eine große Schlammabsatzgrube, in der manchmal die sonderbarsten, von den Kranken in die Klosetts gestopften Dinge, wieder zutage treten. Nachdem das Wasser die Rieselfelder durchlaufen hat, gelangt es in den offenen Vorflutgraben, von wo es in den ca. 7 km entfernten Rhein abfließt. Sind die Felder durch Regenfälle oder Frost nicht mehr aufnahmefähig, so wird das Wasser in eine über 200 m lange und tiefe natürliche Mulde geleitet, die sonst als Weide dient. Für Platzregen ist noch ein besonderer Überlauf vorgesehen, so daß die durch das Regenwasser verdünnten Abwässer direkt aus der Röhrenleitung in einen offenen Graben und von da in den Vorfluter gelangen. In dem ganzen Anstaltsgelände sind zahlreiche ca. 1 cbm fassende Müllkästen, Monierscher Konstruktion, aus Eisenbeton aufgestellt, oben befindet sich eine Klappe zum Einfüllen, unten seitlich zur Entnahme des Inhaltes, was alle acht Tage geschieht. Der Müll wird, nachdem die unzersetzlichen Teile entfernt sind, mit Jauche kompostiert.

Einerseits, um die Kranken möglichst viel in der Landwirtschaft beschäftigen zu können, andererseits, um einen so großen Betrieb möglichst unabhängig von den Schwankungen der Nahrungsmittelpreise zu stellen, wurden größere Landankäufe gemacht und stellte es sich als nötig heraus, dafür drei Gutshöfe in Betrieb zu setzen.

Gutshof I, ganz neu gebaut, dient für Milchversorgung und Schweinemast, Gutshof II für die Zucht

und wurden dafür schon vorhandene Gebäude umgebaut und ergänzt. Gutshof III, in einiger Entfernung von der Anstalt, dient ebenfalls für die Zucht und wird z. Zt. umgebaut. Gutshof I, auf der Männerseite gelegen, umgibt einen viereckigen Hof. Die Stirnseite nimmt das Haus für den Hofmeister sowie 5 bis 6 unverheiratete Knechte ein. Ferner sind darin noch vorgesehen je ein Speiseraum für das Gesinde und ruhige, arbeitende Kranke, sowie ein Brause- und Umkleideraum. Die linke Längsseite des Vierecks bildet der Stall für 75 Milchkühe, die in zwei Hufeisen aufgestellt sind, daneben befindet sich die Wohnung des Schweizers, ein Milchkühl- und ein Reinigungsraum, sowie die Kammer für reine Gefäße. Auf der rechten Längsseite ist der Stall für 300 Schweine in ca. 35 Buchten; davor liegt die Futterküche. Über beiden Ställen sind Futtervorratsräume. Die Lüftung erfolgt durch drei Lüftungsschlote mit Luftabsaugern beim Durchtritt durch das Dach. Außerdem sind an der Decke noch zahlreiche Tonröhren angebracht. Der Fußboden ist mit gesinterten Ziegeln belegt, die Wände haben weißen Kalkanstrich; die Beleuchtung ist elektrisch. Auf der Außenseite der Ställe liegen die langen, überdeckten Düngerstätten, auf denen sich zahlreiche Läuferschweine tummeln, die ganz im Freien, auch nachts, gehalten werden. Die vierte Seite nimmt die große Scheune ein, in der die mit Motorantrieb versehene Dreschmaschine steht. Darunter liegt, mit Rampenzufahrt, ein großer Keller für Kartoffeln und Rüben. Zum Jauchepumpen und zum Betrieb mehrerer kleinerer Maschinen dient ein tragbarer Elektromotor, für den mehrere Anschlüsse angebracht sind. Der kleinere Gutshof II bietet in ähnlicher Anordnung Platz für 75 Kühe und Rinder, sowie den Zuchtbullen. Das Vieh bleibt von Mai bis November auf der Weide. In die alte Scheune, die ebenfalls unterkellert ist, wurde ein Stall für 10 Arbeitspferde und eine Knechtewohnung eingebaut; ein kleinerer Schweinestall dient für die Zucht, sowie ein Läuferstall für die jungen Ferkel, ferner sind vorhanden eine Strohscheune, ein Wagenschuppen und eine Stellmacherei. Das Hofmeisterhaus ist etwas kleiner wie das von Gutshof I. In beiden Gutshöfen ist die Jauchegrube überdeckt. Anschlüsse an das Anstaltsbahngleis sind vorhanden.

Endlich seien noch einige Zeilen dem Verwaltungsgebäude und den Arzthäusern gewidmet. Das Verwaltungsgebäude enthält im Erdgeschoß, rechts von dem monumental ausgebildeten Eingang, das Aufnahmezimmer, die zwei Arbeitszimmer des Direktors und das große Konferenzzimmer für 16 Ärzte. In der Mitte des langen Tisches steht, jedem erreichbar, das vielbenutzte Telefon. Links vom Eingang befinden sich das Pförtnerzimmer mit Telefonzentrale, die Kassen- und Schreibstuben, sowie nach rückwärts das große Besuchszimmer. In den beiden kurzen Seitenflügeln sind fünf Arbeitszimmer für die Oberärzte und zwei Räume für Instrumente und Untersuchungsapparate vorgesehen. In der Mitte, dem Eingang gegenüber, hat in einer Halle das große Modell der Anstalt Platz gefunden. Im ersten Stock liegt über dem Eingang das sehr große, mit modernen Möbeln und Wandbespannung behaglich eingerichtete Eßzimmer der unverheirateten Ärzte, das für 50 Personen Platz bietet. Rechts schließt sich mit breiter Tür das Musikzimmer, links das Lesezimmer an. Nach rückwärts über der Halle liegt der geräumige und dunkel möblierte Billardraum mit geschützter Loggia, hinter der sich die Anrichte mit Speisewärmvorrichtung befindet. Die übrigen Räume sind für die Apotheke, die großen Laboratorien, das Röntgenzimmer, die Bibliotheken und eine Arztwohnung bestimmt. Der zweite Stock enthält wieder Ärztewohnungen mit Badeeinrichtung. Im Dachgeschoß ist ein großes photographisches Atelier mit Glasdach und Nebenräumen untergebracht. Eine zweite Dunkelkammer liegt im Keller, wo außerdem noch ein Beamten-, elektrisches Wannen- und Glühlichtbad eingerichtet ist. Besonders sei noch hervorgehoben, daß auch für die Bequemlichkeit der unverheirateten Herren Ärzte in weitgehender Weise Sorge getragen wurde. Außer der schon erwähnten Loggia neben dem Billardraum und einem Austritt des Speisezimmers über dem Hauptportal, sind noch in beiden Geschossen an den Enden der Korridore Loggien ausgespart, die auch von den Eckwohnungen aus betreten werden können, so daß diese Herren an sechs Stellen Gelegenheit haben, die frische Luft zu genießen. Ferner hat noch die mittelste Arztwohnung im Obergeschoß einen eigenen kleinen Balkon.

Neben dem Verwaltungsgebäude steht rechts die Villa des Direktors, links eine Reihe von vier Doppel- und einem Einzelfamilienwohnhaus für die verheirateten Ärzte, während das Haus des Anstaltspfarrers in der Nähe der Gärtnerei liegt. Mit Absicht wurden alle Arztwohnungen, auch die der unverheirateten, an eine Stelle zusammengelegt, weil im Notfalle dann viel leichter ein Arzt zu erreichen ist, als wenn die Wohnungen im Terrain zerstreut sind. Außerdem sorgt ja das Telefon stets für schnellste Verbindung von Arzt und Abteilung. Von den vier Doppelhäusern sind die zwei kleineren für Anstaltsärzte, die

zwei größeren, sowie das Einzelhaus für Oberärzte bestimmt.

Die Raumverteilung der Doppelhäuser ist die gleiche, die Teilung senkrecht. Das Erdgeschoß enthält drei Wohnräume, davon zwei große mit Parkettfußboden und durch Schiebetüren verbunden. Der dritte Raum, bei den Oberarzthäusern mit halbrundem Erker, ist mit Linoleum belegt und öffnet sich auf die große Holzveranda. Etwas abseits liegt die Küche und das Klosett. Die Küche hat eine Speisekammer und eine Nische zum Geschirrspülen mit einem Spülbecken, unter dem Fenster ist ein Wandschrank mit Luftlöchern in der Mauer. Im Obergeschoß sind zwei größere und zwei kleinere Zimmer, Bad und Klosett. Über dem Erkerzimmer ist ein Austritt. Das Dachgeschoß enthält den Speicher, ein Fremdenzimmer und das Mädchenzimmer mit zwei Wandschränken. Im Souterrain befinden sich drei große und ein kleiner Keller, die Waschküche und reichlich Nebenräume. Die Heizung erfolgt von der Zentrale aus. Die Beleuchtung ist elektrisch. Die Wände sind mit Kaseinfarben, die Decken mit weißer Leimfarbe gestrichen. Baderaum, Küche und Klosetts bekommen einen Sockel mit Emaillefarbe. Alle der Neuzeit entsprechenden Bequemlichkeiten sind vorgesehen und machen die in der Anlage sehr praktischen und übersichtlichen Wohnungen behaglich. Vor den Häusern liegt ein Ziergarten, mit gefälligem, weiß gestrichenen Holzzaun auf einem Ziegelsockel. Die Ziegelpfeiler sind mit Kunstbasalt bekrönt. Hinter den Häusern befindet sich der Gemüsegarten. Vor den Häusern, jenseits des Hauptweges und eines ca. 70 m breiten Rasenstreifens, läuft die Staatseisenbahn, deren Züge wesentlich dazu beitragen, die stille Landschaft zu beleben.

Die 800 m lange Hauptfront der Anstalt setzt sich, vom Bahnhof angefangen, zusammen aus dem Maschinen- und Kesselhaus, drei Beamtenwohnhäusern, der Waschküche, der Kochküche, der Kirche — etwas zurückgesetzt —, dem Direktorwohnhaus, dem Verwaltungsgebäude und den fünf Arzthäusern. Die Verteilung ist absichtlich nicht ganz regelmäßig und in einem leichten Bogen längs der Bahnstraße, wodurch das Ganze einen sehr abwechslungsreichen Anblick gewährt.

Zum Schluß möchte ich Herrn Dir. Dr. Flügge für Überlassung des Materials, sowie Herrn Landesbauinspektor Hirschhorn, dem örtlichen Bauleiter, für seine zahlreichen Angaben und sonstige Hilfsbereitschaft meinen besten Dank aussprechen.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie XII.

Aus der Literatur des Jahres 1912 zusammengestellt.

Von Privatdozent Dr. *W. Vorkastner*, Oberarzt an der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.

(Fortsetzung.)

§ 123.

Eine arglistige Täuschung kann auch durch Stillschweigen begangen werden, wenn Treu und Glauben nach der Verkehrsauffassung das Reden erfordern. (RG. I. 15. Nov. 1911.) D. R. Entsch. Nr. 9.

§ 123.

Arglistige Täuschung im Sinne des § 123 BGB. liegt nur dann vor, wenn die Vorspiegelung falscher oder die Unterdrückung wahrer Tatsachen zum Zwecke der Irrtumserregung erfolgt. Werden Tatsachen verschwiegen, so darf Arglist nur dann angenommen werden, wenn — sei es auch nur nach Treu und Glauben und mit Rücksicht auf die Verkehrssitte — eine Pflicht zur Mitteilung bestand. (Vgl. RGR. Komm. zu § 123 BGB. Anm. 2 und RGZ. 69, 15.) Aber auch in diesem Falle muß der Verschweigende der Täuschung, also mindestens dessen sich bewußt sein, daß er den Gegner zu einer Willenserklärung bestimme, die er bei Kenntnis des verschwiegenen Umstandes nicht abgegeben hätte. (RG. III. 9. Okt. 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 3167.

§ 123.

Verschweigen einer früheren geheilten Krankheit und der hierwegen vor Jahren erfolgten staatlichen Pensionierung begründet bei privater Wiederanstellung nicht immer Anfechtung wegen arglistiger Täuschung. (RG. III. 10. Juli 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 3031.

§ 138.

Diese Vorschrift ist anwendbar, wenn eine Vertragspartei die vorhandene geistige Minderwertigkeit unter Verstoß gegen die guten Sitten ausbeutet, setzt aber voraus, daß der Vertragschließende die geistige Minderwertigkeit zur Erlangung eines außergewöhnlichen Vermögensvorteils bewußt ausbeutet. (RG. I. 1. Mai 1912.) D. R. Entsch. Nr. 1740.

§ 203.

Eine jäh und unerwartet über den Menschen hereinbrechende Krankheit verbunden mit Zuständen, wie Fieberdelirien und Bewußtlosigkeit, die dem Kranken die Möglichkeit der Besorgung seiner Angelegenheiten schlechthin rauben, kann als höhere Gewalt angesprochen werden. (RG. VI. 22. Jan. 1912.)
D. R. Entsch. Nr. 977.

§ 249.

Bei der Verletzung des Körpers ist der Schadensersatzpflichtige verpflichtet, auch die Kosten des Arztes zu ersetzen, die der Beschädigte zu seiner Heilung aufgewendet hat. (Hamburg, 19. April 1912.)
D. R. Entsch. Nr. 1750.

§ 254.

Trunksucht des Verletzten, die für den Unfall selbst nicht ursächlich war, kommt als Selbstverschulden nicht in Betracht.

Allerdings hat der Unfall einen alkoholgeschwächten Körper betroffen, und wenn auch dieser Umstand auf die Verletzung in ihrem nachherigen Krankheitsverlaufe verschlimmernd eingewirkt hat, so kann er dem Verletzten doch nicht als ein Selbstverschulden angerechnet werden, das schon bei der Entstehung des Schadens im Zeitpunkte des Unfalls mitgewirkt hätte. Es kommt höchstens in Betracht, ob etwa die Trunksucht bei Bemessung des Erwerbsverlustes des Verletzten im Verfahren über den Betrag des Anspruchs zu berücksichtigen sei. (RG. VI. 2. Nov. 1911.) D. R. Entsch. Nr. 25.

§ 254.

Die Unterlassung nachträglicher Heilungsversuche kann durch hochgradige Nervenerschöpfung entschuldigt sein. (RG. VI. 12. Febr. 1912.)
D. R. Entsch. Nr. 1141.

§§ 254, 1367, 1432.

Gewiß kann Trunkenheit dann, wenn jemand in oder wegen seiner Trunkenheit zu Schaden kommt, nach Lage des Falles als Mitschuld des Verletzten nach § 254 BGB. in Betracht kommen. Aber ein solcher Fall liegt hier nicht vor. Denn nach den Feststellungen des BG. hat die Trunkenheit des Verletzten bei der Entstehung des durch den Betriebsunfall erlittenen Schadens nicht mitgewirkt; er ist weder im trunkenen Zustande noch wegen seiner Trunkenheit verletzt worden. Die Trunksucht, die dem Verletzten angehaftet hat, war daher für den Eintritt des Unfalls überhaupt nicht ursächlich und deshalb kann auch nicht von einem Selbstverschulden des Verletzten die Rede sein, das bei der durch den Betriebsunfall hervorgerufenen Entstehung des Schadens im Sinne des § 254 BGB. ursächlich mitgewirkt hätte. Allerdings hat der Betriebsunfall einen alkoholgeschwächten Körper getroffen, und wenn auch dieser Umstand auf die durch den Betriebsunfall bereits entstandene Verletzung in ihrem nachherigen Krankheitsverlaufe verschlimmernd eingewirkt hat, so kann er dem Verletzten doch nicht als ein Selbstverschulden angerechnet werden, das schon be der Entstehung des Schadens im Zeitpunkte des Betriebsunfalles mitgewirkt hätte. Es verstößt somit in keiner Weise gegen den § 254 BGB., wenn das BG. bei seiner Entscheidung über den Grund des Anspruchs die Trunkenheit des Verletzten außer Betracht gelassen und für das spätere Betragsverfahren die Untersuchung vorbehalten hat, ob etwa die Trunksucht bei Bemessung des Erwerbsverlustes des Verletzten zu berücksichtigen sei. (RG. 2. Nov. 1911.)
J. W. Nr. 1 pag. 32.

§ 675.

Eine Krankenhausverwaltung haftet für sichere Bewachung eines geisteskranken Patienten auch dann, wenn diese Eigenschaft beim Eintritt verschwiegen wurde, jedoch erst von dem Zeitpunkte der Erkennung der Geisteskrankheit; Mitteilung des Pflegepersonals an den behandelnden Arzt entlastet nicht.

Das OLG. hat mit Recht angenommen, daß die beklagte Hospitalverwaltung und die Krankenschwestern als ihre Erfüllungsgehilfen verpflichtet waren, zur Sicherheit der Kranken alles zu tun, was nach Lage der Sache möglich war, sie namentlich immer unter Aufsicht zu halten, um so mehr, als der behandelnde Arzt selbst Bewachungsanordnungen getroffen hatte. Die Klägerin wurde aber am 17. September 1907 von der Krankenschwester, mit der sie in einem Zimmer zusammen war, so schlecht bewacht, daß sie sich unbemerkt in ein anderes Zimmer, dessen Fenster offen standen, begeben und dort aus dem Fenster stürzen konnte. Der Einwand der Beklagten, daß die Krankenschwester W. am 16. September 1907 dem behandelnden Arzt erklärt habe, man könne keine Verantwortung übernehmen, ist vom OLG. mit Recht auf Grund der Tatsache zurückgewiesen worden, daß der behandelnde Arzt nicht Vertreter des klagenden Ehemannes war. Die Behauptung, daß dem Kläger ein Mitverschulden zur Last falle, weil er von der Art der Erkrankung seiner Frau dem Hospital keine Mitteilung gemacht habe, ist schon deshalb unbegründet, weil die Beklagte und ihre Erfüllungsgehilfen vor dem 17. September 1907 von

der Art der Erkrankung Kenntnis erhalten haben. (RG. III. 24. Nov. 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 865.

§ 823.

Ein gemeinnütziger Verein mit einem Vorstand aus Laien genügt seiner Pflicht, wenn er für die von ihm betriebene Heil- und Pflegeanstalt einen tüchtigen Spezialarzt aufstellt; Kontrolle der ärztlichen Maßnahmen kann solchenfalls nicht gefordert werden. (RG. VI. 4. Jan. 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 740.

§ 823.

Der Beweis der Einwilligung des geschäftsfähigen Kranken zu einer Operation (Prostataentfernung) obliegt dem Arzte auch dann, wenn an sich genügender Anlaß zu dem Eingriffe bestand. (RG. III. 3. Okt. 1911.) D. R. Entsch. Nr. 2832.

§ 828.

Die zur Erkenntnis der Verantwortlichkeit erforderliche Einsicht ist nichts anderes als das Verständnis dafür, daß die Handlung nachteilige Folgen für andere haben könne, also die Einsicht von der Gefährlichkeit der Handlung. (Stuttgart II. 11. April 1912.) D. R. Entsch. Nr. 1608.

§ 831.

Es genügt nicht der Nachweis, daß der Angestellte bei der Anstellung sorgfältig ausgewählt ist, der Angestellte muß vielmehr auch zur Zeit derjenigen Verrichtung, bei deren Ausführung ein Dritter zu Schaden gekommen ist, die Befähigung zur ordnungsmäßigen Ausführung der Verrichtung besessen haben. Der Geschäftsherr hat daher auch den Nachweis einer fortdauernden wachsamen Aufsicht über den Angestellten während der Dienstzeit des letzteren zu führen. (RG. VI. 14. Dez. 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 423.

§ 831.

Für das Maß der Sorgfalt, das der Geschäftsherr bei der Bestellung einer Person anzuwenden hat, kommt es auf die Art der Verrichtung an.

Ist diese so einfacher Art, daß sie jeder Durchschnittsarbeiter durchführen kann, so genügt es, wenn der Geschäftsherr sich an einen Dritten mit der Bitte wendet, ihm verständige Arbeiter zur Ausführung der Arbeit zu stellen. Es war nicht nötig, hervorzuheben, daß es besonders zuerlässige Leute sein mußten. Auch bedurfte es einer besonderen Prüfung der gestellten Leute auf ihre Zuverlässigkeit nicht, sofern nicht gegenteilige Erfahrungen, welche Anlaß zum Mißtrauen gaben, vorlagen. Die den Arbeitern erteilte Anweisung, gut auf entgegenkommende Fuhrwerke — es handelte sich um eine Dampfstraßenwalze und ihre Begleiter — aufzupassen und scheuenden Pferden in die Zügel zu fallen, erfüllte dasjenige Maß von Sorgfalt, was bei der Auswahl zu einer derartigen Verrichtung bestellter Personen vom Standpunkte eines ordentlichen Verkehrs erwartet werden darf. (Hamburg, 5. März 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 1473.

§ 831.

Auch wenn der zu einer Verrichtung Bestellte Beamter ist, ist der Entlastungsbeweis auf die Zeit der Bestellung zu der Verrichtung, nicht auf die Zeit der Anstellung des Beamten zu richten. (RG. 18. März 1912.) J. W. Nr. 12 pag. 638.

§ 832.

Steht fest, daß der minderjährige Sohn des Aufsichtspflichtigen geneigt ist, Radfahrer und Pferde zu necken und das Scheuen der letzteren zu verursachen, so hat der Aufsichtspflichtige nachzuweisen, daß er ohne sein Verschulden keine Kenntnis hiervon hatte. Seine Unkenntnis an und für sich reicht zu seiner Entlastung nicht aus.

War er durch sein Gewerbe gehindert, selbst in ausreichender Weise über seinen anscheinend geistig zurückgebliebenen Sohn Aufsicht zu führen, so mußte er dafür sorgen, daß diese Aufsicht von anderer Seite geführt werde und er von etwaigen bedenklichen Wahrnehmungen, die betreffs des Verhaltens des Knaben gemacht wurden, Kenntnis erlangte. (RG. VI. 30. März 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 1610.

§ 1304.

Dem Vormund steht gegen die Ersetzung seiner Einwilligung die Beschwerde zu. (Bay. OLG. 26. März 1912.) D. R. Entsch. Nr. 1483.

§ 1333.

Die Eheanfechtung entfällt mit dem Geständnis, daß der Anfechtende bereits beim Eheabschluß den Anfechtungsgrund argwöhnte. (RG. IV. 18. Dez. 1911.) D. R. Entsch. Nr. 596.

§ 1333.

Völlige geschlechtliche Empfindungslosigkeit des Ehemannes steht der Impotenz gleich. (RG. IV. 19. Febr. 1912.) D. R. Entsch. Nr. 1184.

(Fortsetzung folgt.)

Zum Berichte der statistischen Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie.

Von Medizinalrat Dr. *Kreuser*.

Der statistischen Kommission unseres Standesvereins darf man dankbar dafür sein, daß sie das Ergebnis ihrer Beratungen zeitig genug veröffentlicht hat, um dem Berichte weitere Vorschläge anzufügen, bevor die Jahresversammlung Beschlüsse darüber faßt. Es ist nur wenig, was ich zu sagen habe. — Die schwächste Seite der vorgeschlagenen Einteilung der Geisteskrankheiten fällt nicht der Kommission zur Last, sondern dem dermaligen Stande unseres Wissens. Wir sehen uns zum Verzicht genötigt auf einheitliche Gesichtspunkte für unsere Systematik: ätiologische, anatomische und symptomatische Bezeichnungen müssen nebeneinander Platz greifen. So bleibt eine einwandfreie Abgrenzung der Krankheitsformen gegeneinander, eine glatte Aufteilung aller klinischen Beobachtungen auf dieselben ein frommer Wunsch. Verschließt man sich nur nicht dem darin gelegenen Mangel, so bietet er weiteren Anreiz zum Ausbau unseres Wissens.

Als Wegweiser hierzu dient gewiß, daß von der Kommission die Krankheitsgruppen an die ersten Stellen gesetzt worden sind, für die wir über brauchbare anatomische und ätiologische Grundlagen bereits verfügen und daß von ihnen allmählich vorgeschritten wird nach den Gebieten der für die exakte Forschung schwerer zugänglichen psychischen Vorgänge. Es erwächst daraus nur ein gewisses Mißverhältnis zwischen der Reichhaltigkeit von Untergruppen bei den in unseren Irrenanstalten selteneren und bei den sie vorzugsweise füllenden Krankheitsformen. Was von der Reichsmedizinalstatistik als „einfache Seelenstörung" zusammengefaßt wird, verteilt sich auch jetzt auf nicht viel mehr als die zwei großen Hauptgruppen der „endogenen Verblödungen" und der „manisch-depressiven" Psychosen; erstere weist nur zwei, letztere keine Unterabteilungen auf. Für die praktische Psychiatrie liegt darin etwas Unbefriedigendes. Nach einem Ausgleich zu suchen, erscheint die Probezeit geeignet, die für die neuen Vorschläge in Aussicht genommen wird.

Bedenken erregen muß jede Bezeichnung, die mehr enthält, als im Wesen der Erkrankung gelegen ist. Dies hat doch wohl zu gelten von den „endogenen Verblödungen". Wohl haben wir ja die vorzugsweise endogene Entstehung der dabei in Betracht kommenden Krankheitsprozesse als recht wahrscheinlich anzunehmen, nicht aber auch als erwiesen anzusehen, daß dafür alle exogenen Momente unbedingt ausgeschlossen sind. Ebensowenig bildet die Verblödung ihren notwendigen, wenn auch nur allzuhäufigen Ausgang. — Die ätiologischen wie die prognostischen Gesichtspunkte sollten in der Diagnose nur dann zum Ausdruck kommen, wenn sie durch exakte Methoden außer Zweifel gestellt worden sind. Solange sie, wenn auch noch so annehmbaren theoretischen Voraussetzungen entspringen, werden sie die Forschung eher beeinträchtigen als fördern. Wird durch sie gar einer namhaften Zahl der Erkrankten, die wir für kürzere oder längere Zeit dem bürgerlichen Leben wieder zurückgeben wollen und können, der Denkzettel der Verblödung angehängt, so schadet man denen, für deren Wohl zu wirken die vornehmste Berufspflicht des Irrenarztes ist, gefährdet man aber auch die Verständigung zwischen den wissenschaftlichen und den volkstümlichen Anschauungen auf dem Gebiete der Irrenfürsorge, was zu vermeiden ebenso im Interesse unserer Kranken als unseres Standes gelegen ist.

Wird diese Gefahr umgangen durch die von Bleuler gewählte Bezeichnung „Schizophrenie", so wurzelt sie als ein Versuch, den Krankheitsprozeß zu erklären, in theoretischen Erwägungen, die für die Benennung maßgeblich werden zu lassen, immerhin noch verfrüht sein dürfte. Unbefangener würden wir bleiben, wenn wir zunächst einen indifferenteren Namen wählen, vielleicht auf das von Schüle freilich in anderem Sinne gebrauchte Wort „Dysphrenie" zurückgreifen wollten für die ganze Gruppe der „Dementia praecox" im weitesten Sinne. (Daß ich letzteren Namen selbst außer Kurs gesetzt wissen möchte, ergibt sich wohl aus dem Vorherigen.) — Groß genug wird diese Gruppe jedenfalls bleiben, um wenigstens eine Dreiteilung zu gestatten, je nachdem die Neigung zu Spannungserscheinungen, zu (halluzinatorischen) Wahnbildungen oder zur Zerfahrenheit besonders hervortritt, in Katatonie, Paraphrenie und Hebephrenie.

Für die „manisch-depressive" Gruppe erschiene mir der allgemeinere Ausdruck „affektiv" noch bezeichnender, um für Unterabteilungen sowohl der manischen Erregung als der melancholischen Depression eine besondere Stelle neben den ausgesprochen periodisch oder zirkulär verlaufenden Krankheitsfällen vorzubehalten. Nicht etwa ein Haftenbleiben an der alten Schule bestimmt mich hierzu, sondern die Erfahrung, daß es doch nicht so wenige Fälle solcher affektiver Psychosen gibt, bei denen es in Jahrzehnten zu keinem zweiten Krankheitsanfall kommt, bei denen

also die unheimliche Neigung zu wiederholten geistigen Störungen doch nicht so zum Wesen des Prozesses gerechnet werden darf, daß man berechtigt wäre, durch ein Zusammenwerfen der verschiedenen Verlaufsweisen allen „Genesenen" das Damoklesschwert des Rezidivs beständig vor Augen zu halten.

Sollte endlich sich nicht doch auch ein Plätzchen finden für die akute Verwirrtheit? Wo Meynerts Gedächtnis fortlebt, gehört die Amentia nicht zu den seltenen Krankheiten. Einige Mehrbelastung für die Statistik der Psychosen sollte jetzt um so weniger gefürchtet werden, als die Probezeit die Gewähr in sich schließt, daß von selbst ausgemerzt werden wird, was sich etwa als unnützer Ballast erweisen sollte.

Mitteilungen.

— **Bericht über die Sitzung der Pommerschen Vereinigung für Neurologie und Psychiatrie** vom 15. Februar 1913 zu Stettin.

Niesel-Stettin: Vortrag. bespricht die neueren Theorien über das Wesen der Hysterie und zwar zunächst die Babinski'sche und Kohnstamm'sche, dann die Freud'sche Theorie. Ausgehend von der Entstehung der Psychoanalyse, erklärt er die hysterischen Phänomene, die Deutung des Traumes und der Fehl- und Zufallshandlungen, den Begriff der hysterischen Konversion und die Bedeutung des hysterischen Symptoms im Sinne Freuds. Bei der Kritik nimmt er besonders Bezug auf die Ausführungen Isserlins in den „Ergebnissen der Neur. u. Psych." von H. Vogt und Bing und hebt selbst folgende Punkte hervor, die zu Bedenken Veranlassung geben: die Selbständigkeit des Affekts, die Rolle des Unbewußten, die Überschätzung und Verallgemeinerung des sexuellen Moments und die Annahme einer primären Sexuallust. Sodann erörtert Vortrag. die Dubois'sche Lehre. D. hat zuerst die Hy. als Typus einer durch Vorstellungen entstandenen Krankheit betrachtet, bei welcher eine primäre Geistesschwäche die Grundlage bilde. Jetzt sieht er das Charakteristische in der Fixation und Übertreibung körperlicher Störungen, welche früheren Affekten entstammen, und glaubt die Ursache dafür in der sinnlichen Impressionabilität zu finden. Vortr. stimmt der Kritik H. Vogt's bei, welcher nicht intellektuelle Störungen, sondern die Störung des inneren Ausgleichs als das Wichtigste hält. Schließlich wird noch kurz die Ansicht von Binswanger besprochen, wie er sie in seinem klassischen Werke über Hy. darlegt. Zusammenfassend erklärt Vortr. die Äußerung Hoches 1902 noch heute für zutreffend, daß der nicht zu widerlegen wäre, welcher nur von einer besonderen Form psych. Disposition spräche, die man als hysterisch bezeichne. Eine solche hyst. Disposition muß man, sagt Vortr., annehmen, sie sei entweder ererbt oder erworben und habe die allgem. psychopath. Veranlagung zur Grundlage. Unter den auslösenden Momenten spielt die Affektstörung die größte Rolle. Im übrigen sind bei der Hy., wie Vortr. ausführte, alle geistigen Qualitäten mehr oder weniger gestört, und darum ist die Erklärung Kraepelins immer noch die beste, welcher von einem abnormen Seelenzustand spricht.

Autoreferat.

Schröder-Greifswald: Über Narcolepsie. Vortragender demonstriert einen, und berichtet über zwei **weitere Fälle von Narcolepsie.**

1. W. H. 10 jähriges Mädchen. Mutter nervös, Urgroßmutter vorübergehend geistig gestört. Die Kranke war als Kind schwächlich, hat erst nach 1½ Jahren Laufen und Sprechen gelernt. Kein Bettnässen. Psychisch ohne Besonderheiten; verträgliches, fleißiges Kind, aber leicht schreckhaft und aufgeregt; hat wenig Umgang mit anderen Kindern.

Etwa von Oktober 1908 an fiel auf, daß das Kind sich häufig mit der Hand über das Gesicht fuhr, oder ruckweise Bewegungen mit der Hand über das Gesicht machte; sie wendete sich dabei stets dem Lichte zu, oder lief ans Fenster. Diese Zustände waren stets nur von kurzer Dauer. Sie ist niemals dabei umgefallen, hat sich nie verletzt. Sie soll oft wie abwesend ausgesehen haben; rief man sie an, so drehte sie sich wieder um, mußte aber manchmal auch erst geschüttelt werden. Solche Anfälle kommen seit Jahren täglich, oft recht häufig und in kurzen Abständen. Herbst 1911 einmal ein schwerer Ohnmachtsanfall mit nachfolgendem Erbrechen, ohne Aufschreien, ohne Einnässen (Pat. soll vorher viel Obst gegessen haben). Die Anfälle hören meist für einige Zeit auf, wenn das Kind in eine andere Umgebung kommt, oder wenn Fremde da sind. Schulbesuch nur ein halbes Jahr, dann zu Hause unterrichtet.

In der Klinik dieselben Zustände: Fährt sich plötzlich mitten im Gespräch oder beim Spielen mit der Hand über das Gesicht, hört auf zu sprechen, geht ans Fenster, kommt dann wieder zurück und spricht weiter. Dauer immer nur wenige Sekunden. Auf Befragen ausweichende Antworten: sie wisse nichts oder auch: sie habe sich das Haar zurecht streichen wollen. In Gegenwart der Ärzte niemals einen Anfall beobachtet. Körperliche Entwickelung kräftig; aufgewecktes, lebhaftes Kind von freundlichem Wesen, aber mit Neigung zu Unarten. Schulkenntnisse mäßig. Nichts Epileptisches im Wesen, nichts ausgesprochen Hysterisches.

2. J. D. 15 jähriger Knabe. Nichts von epileptischer Belastung zu erfahren; ein älterer Bruder längere Zeit Bettnässen. Bis zum 9. Jahre viel kränklich, in der letzten Zeit trotz der Anfälle kräftige Entwickelung. Seit langem periodische Kopfschmerzen von mehrstündiger Dauer. Intellektuell recht gut veranlagt, gute musikalische Begabung, komponiert. Seit 7 bis 8 Jahren täglich 10, auch 25 bis 30 mal Zustände stets der gleichen Art: starrt vor sich hin, reagiert nicht auf Anrufen, dreht Gegenstände in der Hand, oder geht langsamer weiter; nie umgefallen, keine Verletzungen, kein Einnässen, keine Zuckungen.

Dauer wenige Sekunden bis zu einer halben Minute. Vor Einsetzen des Anfalles gelegentlich das Gefühl der Hitze. Nachher sagt er meist: „Ich habe es gehabt". Psychisch kein intellektueller Rückgang, lebhafter intelligenter Junge, der gut Auskunft gibt. Psychopathischer Habitus. Hat alle bekannten Brompräparate probiert, sie helfen meist einige Tage lang ausgezeichnet gut, bleiben dann aber ohne Wirkung.

3. M. W. 10 jähriges Mädchen. Zur Begutachtung wegen Schadenersatzanspruchs; das Leiden hat sich angeblich im Anschluß an ein Trauma vor 5 Jahren entwickelt. Normale Veranlagung, gut entwickelt, nichts von Epilepsie zu erfahren. Die Zustände wurden von den Angehörigen zuerst als „Schwerhörigkeit" gedeutet; später, nach Belehrung durch den Arzt, für epileptische Absenzen. Plötzliches Zittern des Körpers, das in einen kurzen Zustand von Steifheit übergeht, ohne Umfallen, ohne Verletzungen; hält sich fest, reißt sich in den Haaren, verdreht die Augen, spricht einige Worte vor sich oder schreit. Jahrelang täglich etwa 4 bis 5 Anfälle. Vorübergehend vor etwa 2 Jahren etwas mehr Anfälle, damals angeblich auch einige schwere Anfälle mit längerer Bewußtlosigkeit und mit allgemeinen Zuckungen aus dem Schlaf heraus. In der Klinik während 3 Wochen nur 2 leichte Anfälle. Psychisch kein Rückgang; artiges, wohlerzogenes Kind von lebhaftem Wesen, rascher Auffassung, etwas frühreif, ohne Neigung zu Stimmungsschwankungen. Körperlich gut entwickelt, leicht hydrocephal, öfter Klagen über Kopfschmerzen. Autoreferat.

Diskussion: Siemens-Lauenburg erinnert sich an ein Mädchen, das in der Kindheit vorübergehend an typischen epileptischen Krämpfen gelitten hat und späterhin an manisch-depressivem Irresein erkrankte. Vielleicht waren auch hier die Krämpfe als Erscheinungen der Narcolepsie aufzufassen.

Preiser-Stettin: Einiges über Hirntumoren. Vortragender demonstriert einige Fälle von Hirntumoren aus dem Stettiner Krankenhaus. Er bespricht die notwendigen therapeutischen Erwägungen und stellt einige differentialdiagnostische Sätze für die Unterscheidung von Hirntumoren und Hirnzysten auf.

Vorkastner-Greifswald: Über chronische Halluzinose mit erhaltener Krankheitseinsicht. Die Fälle von Halluzinationen mit erhaltener Krankheitseinsicht sind nichts Einheitliches. Vortragender bespricht einzelne differente Zustände, bei denen sie sich finden. Zum Schluß demonstriert er einen Patienten, bei dem sich im Anschluß an eine akute Alkohol-Pyschose (akute Halluzinose der Trinker) eine residuäre Halluzinose mit erhaltener Krankheitseinsicht entwickelt hat. (Der Vortrag wird veröffentlicht werden.) Autoreferat.

Deutsch-Ückermünde: Ein unbeachtet gebliebener Fall von Pseudologia phantastica in der schönen Literatur. Delbrück hat in seiner Monographie „Die phantastische Lüge" hingewiesen auf das Vorkommen dieser Krankheitserscheinung bei Dichtern und als Beweis die betreffenden Selbstschilderungen bei Goethe in „Dichtung und Wahrheit" und bei Keller im „Grünen Heinrich" angeführt. Diese Selbstschilderungen betreffen Jugenderlebnisse der beiden Dichter. Sie stellen — abgesehen von der durchsichtigen Schilderung des Zustandekommens einer nachträglichen Erinnerungsfälschung bei Keller — an sich nichts besonders Auffälliges dar, da Pseudologia phantastica beim Kinde, besonders beim spielenden Kinde sehr gewöhnlich angetroffen wird. Als Dichter, der, wie Selbstschilderungen in seinen Romanen und allerlei über ihn im Umlauf befindlichen Erzählungen beweisen, auch im Mannesalter an Pseudol. phant. gelitten hat, wäre wohl an erster Stelle Balzac zu nennen. —

Als Musterbeispiel eines vom Dichter frei erfundenen phantastischen Lügners führt Delbrück den Tartarin von Tarascon von Daudet an. Nur ist der Tartarin vom Dichter als Karrikatur gezeichnet. Zudem, er belügt wohl sich selbst und seine an der gleichen abnormen Phantasietätigkeit leidenden Mitbürger, wird sonst jedoch nirgends ernst genommen und selbst fortwährend belogen und betrogen. Direkt das Muster eines großzügigen pathologischen Schwindlers und auch vom Dichter als pathologisch ausdrücklich gekennzeichnet, ist der Oberst d'Espignac in Willibald Alexis' 20 Jahre vor dem Tartarin geschriebenen Roman Isegrimm. Autoreferat.

Jödicke-Stettin: Zur Differentialdiagnose einiger Krampfformen. Keines der bekannten Anfallssymptome einschließlich fehlender Pupillenreaktion und Hautblutungen kann heutigentags als typisch und charakteristisch für die Diagnose Epilepsie angesehen werden. Dagegen ist nach den zahlreichen Untersuchungen J.'s die postparoxysmale Leukozytose ein zuverlässiges, nicht nachzuahmendes Zeichen des epileptischen Krampfes. Nach hysterischen Anfällen bewegt sich die Zahl der weißen Blutkörperchen in der Breite der Norm. Die Herkunft dieser Leukozytose erklärt J. einerseits aus der allgemeinen Muskeltätigkeit, andererseits betrachtet er diese Erscheinung als eine Schutzmaßregel des Organismus zur Neutralisation von Toxinen des inneren Stoffwechsels, die die epileptischen Veränderungen bedingen. (Erscheint ausf. in d. Münch. Med. Woch.) Autoreferat.

Neue-Greifswald spricht über atypischen Ausfall der Wassermann'schen Reaktion bei progressiver Paralyse. Nach einer einleitenden Übersicht über die vermittels der Originalmethode erzielten Prozentsätze positiver Reaktionen im Blutserum und Liquor bespricht er die neueren Modifikationen, die den Zweck, den Prozentsatz positiver Reaktionen zu erhöhen, verfolgen. Er betont die Möglichkeit, daß die früher beschriebenen Fälle von progressiver Paralyse, die nach der Originalmethode im Blut und Liquor oder in einer der beiden Körperflüssigkeiten negativ reagierten — er verfügt selbst über einen mikroskopisch untersuchten Fall mit negativer Blut- und Liquorreaktion —, nach den neueren Modifikationen positive Reaktion hätten aufweisen können. Als Beleg führt er einen auch pathologisch anatomisch untersuchten Fall an, bei dem die Reaktion des Serums nur nach der „Verfeinerung" der Reaktion nach Kromayer und Trinchese und der Liquor nur

nach der Auswertungsmethode nach Hauptmann (+ 0,6) positiven Ausfall zeigten. Nach seiner Ansicht gewinnt dadurch die im allgemeinen als gültig aufgestellte Regel, daß progressive Paralyse nur in seltenen Ausnahmefällen keine positive Wassermannsche Reaktion aufweise, eine neue Stütze. Aber trotzdem kann man von einer unbedingten Gesetzmäßigkeit des positiven Ausfalls in Blut und Liquor nicht sprechen. Er bespricht zwei weitere Fälle von progressiver Paralyse, deren klinisch gestellte Diagnose mikroskopisch erhärtet werden konnte. In dem ersten reagierte der Liquor zunächst nur in größeren Mengen (0,6 ccm), dann auch bei 0,2 ccm positiv, das Blutserum dagegen zeigte bei 9 Untersuchungen (es wurden jedesmal wenigstens drei zuverlässige Extrakte verwendet) stets negative Reaktion auch nach den neueren Methoden. —

Der zweite Fall zeigte bei der ersten klinischen Aufnahme im Blut und Liquor den für Paralyse typischen serologischen Befund. Bei der zweiten Aufnahme zeigte das Serum zunächst positiven Ausfall noch bei 0,2 ccm, dann aber blieb es mit einer Ausnahme bei 10 Untersuchungen bis zum Exitus negativ auch nach den Verbesserungen der Methodik. Der Liquor zeigte bei der zweiten Aufnahme erst bei 0,6 ccm positive Reaktion, schließlich aber wieder bei 0,2 ccm. Dieses Schwanken der Reaktion lehrt, daß man sich bei diagnostisch zweifelhaften Fällen nicht mit einer einmaligen Untersuchung von Blut und Liquor, wenn sie ein negatives Ergebnis hatten, begnügen soll, vielmehr müßten in verschiedenen längeren Zeitabständen Wiederholungen der Untersuchungen stattfinden. — Die beiden Fälle führten im Gegensatz zu den bisher beschriebenen mit negativer Reaktion, die meist einen stationären oder langsam progredienten, zu Remissionen neigenden Charakter aufweisen, in verhältnismäßig kurzer Zeit zum Tode, der erste in 7, der zweite in 16 Monaten. (Wird in extenso veröffentlicht werden.) Autoreferat.

— **Verein Bayerischer Psychiater.** Vorläufige Einladung zur Jahresversammlung in München am 27. und 28. Juni 1913. Referat: „Die paranoiden Erkrankungen". Referenten: Oberarzt Dr. v. Hößlin-Eglfing und Priv.-Dozent Dr. Stransky-Wien. — Angemeldet ist ferner bereits ein Vortrag von Prof. Dr. Kräpelin-München: „Über Hysterie". — Direktor Dr. Blachian-Haar lädt zum Besuche der neuen oberbayerischen Anstalt Haar ein. — Anmeldung von Vorträgen an einen der Unterzeichneten bis 31. Mai 1913 erbeten.

März 1913.

Rehm, München 12, Neu-Friedenheim. Vocke, Eglfing bei München.

— **Provinz Brandenburg.** Der Provinziallandtag hat in seiner 40. Tagung 1913 beschlossen, das Angebot der Stadtgemeinde Fürstenwalde a. Spree auf unentgeltliche Hergabe von 500 Morgen Wald, Acker und Wiese zur Errichtung einer (VII.) Landesirrenanstalt unter der Bedingung anzunehmen, daß es der Provinzialverwaltung gelingt, das erforderliche weitere Land zur Ergänzung des Anstaltsbesitzes preiswert zu erwerben. In Ausführung dieses Beschlusses hat der Provinzialausschuß das an das obige Gelände von 500 Morgen Größe unmittelbar anstoßende 453 Morgen große Gut Palmnicken erworben. Die Vorbereitungen zur Errichtung der Anstalt sollen so getroffen werden, daß die ersten Kranken spätestens Herbst 1918 aufgenommen werden können. Bis dahin werden die Ländereien des Gutes Palmnicken durch ein aus etwa 30 Geisteskranken bestehendes Arbeitskommando unter Leitung eines Landwirtschaftsbeamten bewirtschaftet.

Für die Familienpflege der Landesirrenanstalt zu Landsberg a. W. ist im Dorfe Kernein im Warthebruch ein Bauerngehöft erworben worden, in welchem ein Wärter mit einigen Kranken untergebracht werden wird. Die von der Anstalt in Familienpflege gegebenen Kranken haben die Zahl 60 überstiegen, und durch die neue Einrichtung soll eine weitere Ausdehnung dieser Art der Krankenunterbringung erstrebt werden.

— **3. Internationaler Kongreß für Neurologie und Psychiatrie,** Gent (Belgien), den 20. bis 26. August 1913. Ehrenpräsidenten: Carton de Wiart, Justizminister; Berryer, Minister des Innern. — Kongreß-Bureau: Präsidenten: Dr. Crocq, Professor an der Universität zu Brüssel; Dr. Glorieux, Generalinspektor der Irrenanstalten. Generalsekretär: Dr. F. D'Hollander, Arzt an der Staatsirrenanstalt zu Mons. Schatzmeister: Dr. Deroitte, Co-Inspektor der Irrenanstalten.

Programm des Kongresses.

I. Referate.

A. Neurologie.

Prof. Marinesco (Bukarest): Über die kolloidale Struktur der Nervenzellen und ihre Variationen in gesundem und krankem Zustande.

Prof. Sachs (New York): Syphilitische Spondylitis und verwandte Zustände.

Prof. D'Abundo (Catania): Die Funktion des Nukleus lentiformis.

Dr. Mendelssohn (Paris): Diagnostischer und prognostischer Wert der Reflexe.

Prof. Dustin (Brüssel): Mechanismus der Regeneration im Nervensystem; normale und pathologische Regeneration; Neurokladismus.

Dr. Laruelle und Dr. Deroitte (Brüssel): Diagnose und Lokalisation der intrakraniellen Tumoren.

B. Psychiatrie, Psychopathologie; Fürsorge.

Prof. von Wagner und Prof. Pilcz (Wien): Die Behandlung der Progressiven Paralyse.

Dr. Sérieux und Dr. Lucien Libert (Paris): Die akuten interpretativen Psychosen.

Dr. Smith Ely Jeliffe (New York): Entstehung und Entwicklung der psycho-analytischen Bewegung in den Vereinigten Staaten.

Dr. Parhon (Bukarest): Die Drüsen der inneren Sekretion in ihrer Beziehung zur Physiologie und Pathologie der psychischen Funktionen.

Dr. Sollier (Paris): Die Zustände der Regression der Persönlichkeit.

Dr. Ed. Willems (Brüssel): Pathologische Anatomie der senilen Psychosen.

Dr. A. Ley und Dr. Menzerath (Brüssel): Die Psychologie der Zeugenaussage bei Gesunden und Geisteskranken.

Prof. Ferrari (Bologna): Die freie Kolonisierung der abnormen Kinder und der jugendlichen Verbrecher.

Dr. Van Deventer (Amsterdam): Die Organisation der Irrenpflege und die Beaufsichtigung der Geisteskranken und Psychopathen außerhalb der Anstalten.

Dr. Claus (Antwerpen) und Dr. Meens (Gheel): Die Patronage der Geisteskranken.

Dr. Decroly (Brüssel): Die psychische Untersuchung der Abnormen.

Dr. James Max Donald (Schottland): Thema vorbehalten.

II. Vorträge.

Die Anmeldung von Vorträgen und Mitteilungen neuropsychiatrischen Inhalts wird bis zum 30. April 1913, eine kurze Inhaltsangabe bis zum 30. Juni 1913 erbeten an den Generalsekretär des Kongresses Dr. F. D'Hollander, Mons (Belgien), boulevard Dolez 110, der Mitgliedsbeitrag — 20 francs (für Angehörige 10 francs) — an Dr. Deroitte, Brüssel, Avenue Albert, 192, die auch zu weiteren Auskünften bereit sind. Kongreßsprachen: Französisch, niederländisch, deutsch, englisch. — In Gent findet bekanntlich in diesem Jahre eine internationale Ausstellung statt.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— Unter den Ärzten der **Brandenburgischen Provinzialanstalten** sind im letzten Halbjahr folgende Veränderungen eingetreten:

Den Brandenburgischen Provinzialdienst haben verlassen: der Arzt Dr. Albrecht von der Landesirrenanstalt Eberswalde am 1. Dezember 1912 und der Assistenzarzt Dr. Grenacher von der Landesirrenanstalt Teupitz, dieser nach dreimonatiger Tätigkeit, am 31. Januar 1913.

Zu Anstaltsärzten sind ernannt worden die Assistenzärzte: Dr. Schott, Landesirrenanstalt Sorau, am 15. Dezember 1912, Dr. Berendes, Anstalt für Epileptische Potsdam, am 1. Januar 1913, Dr. Knape, Landesirrenanstalt Teupitz, am 1. Januar 1913.

Neu eingetreten sind die Assistenzärzte: Dr. Sitzler, Landesirrenanstalt Eberswalde, am 20. Januar 1913 und Dr. Syring, Landesirrenanstalt Teupitz, am 19. Februar 1913.

Bei Gelegenheit der Hundertjahrfeier der Landesirrenanstalt zu Sorau ist dem Direktor und Chefarzt dieser Anstalt Dr. Schmidt der Königliche Kronen-Orden 3. Klasse Allerhöchst verliehen worden.

Anstaltsökonomische Notiz.

— Auf der unlängst abgehaltenen Großen „Jubiläums-Ausstellung Altona für Bäckerei, Konditorei und verwandte Gewerbe" wurde dem Kokos- und Pflanzenbutter-Werke De Bruyn in Emmerich a. Rh. für ihre Produkte aus den Kokosnüssen die höchste Auszeichnung: Ehrenpreis und Goldene Medaille zuerkannt. Es handelt sich darunter um auch für die Anstaltsküchen wertvolle und beachtenswerte Erzeugnisse von Kokosnußfett, von denen z. B. das „Cocoline-Spezial", garantiert reines Kokosfett (nach Angabe der Firma mit ca. 100 % Fettgehalt) zur Herstellung von Pfannkuchen, Hefeteig, Spritzgebäck und Crême dient, das Produkt „Ixi" zu allen Bäckereizwecken, wie Sandtorten, Mürbeteig usw. und vorzüglich als Brotaufstrich verwendbar ist. Kokoskuchen werden als Futtermittel hergestellt. Außer in Emmerich a. Rh. hat die Firma Etablissements in Termonde (Stammhaus), Baesrode, Brügge (Belgien), Olten (Schweiz) und in Wien.

Druckfehlerberichtigung.

In Nr. 2 S. 17 muß es heißen: „Die Dächer sind durch Erker und **Gauben** (nicht **Lauben**) wirksam belebt."

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien) — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.

Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 898.

Nr. 4. 26. April **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. XII. Von Oberarzt Dr. W. Vorkastner, Greifswald. Fortsetzung. (S. 47) — Entscheidungen betr. Gebühren für Vorbesuche. (S. 51.) — Mitteilungen (S. 53): Spirochäte pallida bei Paralyse und Tabes. — Referate (S. 54.) — Personalnachrichten (S. 54.) — Therapeutisches (S. 55): Über Luminal. Zur v. Dungernschen Reaktion. — Anstaltstechnisches (S. 56.): Zur Frage der Kapokverwendung.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie XII.

Aus der Literatur des Jahres 1912 zusammengestellt.

Von Privatdozent Dr. *W. Vorkastner*, Oberarzt an der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.

(Fortsetzung.)

§ 1333.

Die Erheblichkeit des Irrtums bemißt sich nach dem Zeitpunkte der Eheschließung, nicht nach späteren Vorgängen. (RG. IV. 7. März 1912.) D. R. Entsch. Nr. 1485.

§ 1333.

Bei der Anfechtung einer Ehe wegen Geisteskrankheit eines Ehegatten bedarf es der ausdrücklichen Feststellung des Geisteszustandes, welcher bei demselben zur Zeit der Eheschließung tatsächlich bestanden hat.

Soweit eine früher einmal vorhanden gewesene, inzwischen zur Heilung gelangte Krankheit in Frage kommt, kann eine solche weder sprachlich noch im Rechtsinne als eine der Person anhaftende Eigenschaft bezeichnet werden. Da das Berufungsgericht die Heilbarkeit nicht als ausgeschlossen, sondern nur als sehr zweifelhaft bezeichnet, läßt es die Möglichkeit offen, daß zur Zeit der Eheschließung Heilung eingetreten war. Hiernach ist nicht ersichtlich, welche persönliche Eigenschaft der Beklagten das Berufungsgericht zur Grundlage seiner Entscheidung macht. Dasselbe will anscheinend annehmen, bei der Beklagten habe zur Zeit der Eheschließung noch eine Disposition zu neuerlicher Erkrankung und die Gefahr einer Vererbung der krankhaften Anlage auf die Kinder bestanden. Hierin könnte gegebenenfalls eine Eigenschaft im Sinne des § 1333 BGB. erblickt werden, denn es bildet zwar die bloße Veranlagung zu geistiger Erkrankung eine derartige Eigenschaft nicht, wohl aber kann eine solche dann angenommen werden, wenn jene Veranlagung mit einer früher zutage getretenen und dann wieder zurückgegangenen geistigen Erkrankung zusammenhängt. Das Berufungsgericht hätte sich einer ausdrücklichen Feststellung darüber nicht entziehen dürfen, welche Eigenschaft der Beklagten zur Zeit der Eheschließung tatsächlich bestanden habe, insbesondere hätte es sich mit dem Beweisangebote der Beklagten abfinden müssen, welches dahin ging, daß sie zur Zeit der Verheiratung geistig durchaus gesund gewesen sei und wohl in dem Sinne verstanden werden muß, daß die Beklagte auch das Zurückbleiben einer irgendwie erheblichen Veranlagung zu neuerlicher Erkrankung und einer Gefahr der Vererbung bestreiten wolle. (RG. IV. 9. Mai 1912.) D. R. Entsch. Nr. 2255.

§ 1334.

Wird eine Ehe aus dem Gesichtspunkte der arglistigen Täuschung angefochten, so sind zur Klagebegründung die Tatumstände anzuführen, aus denen das Vorliegen der Voraussetzungen solcher Anfechtung nach § 1334 BGB. zu entnehmen ist.

Das Berufungsgericht hat dem Antrage des Klägers gemäß die Anfechtung der Ehe aus dem Gesichtspunkte der arglistigen Täuschung nach § 1334 BGB. für begründet erklärt, obwohl er in der Klagschrift nur vorgetragen hat, daß er von der seinerzeitigen Erkrankung der Beklagten nichts gewußt habe, und späterhin, daß der Vater der Beklagten ihm die Erkrankung absichtlich verschwiegen habe. Dagegen ist aus seinem Vorbringen nirgends zu entnehmen, ob er bezüglich der Beklagten behaupten wolle, daß

sie selbst ihn arglistig getäuscht habe (§ 1334 Abs. 1 Satz 1) oder daß sie die von ihrem Vater ausgegangene Täuschung gekannt habe (Satz 2 a. a. O.). Die Feststellung des Berufungsgerichts, daß die Beklagte durch arglistige Täuschung den Kläger zur Eingehung der Ehe bestimmt habe, entbehrt daher der erforderlichen Unterlage im Parteivorbringen. Sie beruht aber auch auf einer unrichtigen Rechtsanschauung, insofern das Berufungsgericht ohne näheres Eingehen auf die Umstände des Falles annimmt, daß die Beklagte die Pflicht gehabt hätte, dem Kläger Mitteilung von der früheren Geisteskrankheit zu machen. (RG. IV. 9. Mai 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 2255a.

§§ 1345, 1346.

Nach § 1345 kommt es nicht wie in § 1346 auf das Kennenmüssen, sondern auf die wirklich erlangte Kenntnis an. So wenig aber der Nachweis fahrlässiger Unkenntnis von der Anfechtbarkeit der Ehe die Klage aus § 1345 BGB. stützen könnte, so wenig ist andererseits der Beklagte durch einen Sachverhalt, der an sich seine Unkenntnis entschuldigen würde, dann entlastet, wenn er dessen ungeachtet die entscheidende Kenntnis gehabt hat. Das eine schließt das andere nicht aus. (RG. IV. 8. Febr. 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 1013.

§§ 1345, 1333, 1334.

Die zur Erhebung der Ansprüche aus § 1345 BGB. nachzuweisende Kenntnis von der Anfechtbarkeit der Ehe deckt sich nicht notwendig mit arglistiger Täuschung im Sinne von § 1334 BGB. Es sind vielmehr Fälle denkbar, in denen ein Ehegatte bei der Eheschließung von dem Irrtum des andern Teils unterrichtet ist, ohne daß ihm gerade arglistige Täuschung dabei vorzuwerfen wäre. (RG. IV. 8. Febr. 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 1012.

§ 1568.

Auch bei stark geminderter Verantwortlichkeit der Ehefrau kann Nichtaufwendung der verfügbaren Willenskraft zur Verhütung von Streitigkeiten einen Scheidungsgrund bilden. (RG. IV. 22. Febr. 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 1321.

§ 1568.

Auch die bloße Überzeugung von unerlaubten Beziehungen des Mannes kann die aus Eifersucht begangenen Verfehlungen der Frau soweit entschuldigen, daß sie nicht als schwere Pflichtverletzungen anzusehen sind, sofern nur die Überzeugung nicht bloß auf Vermutung beruht. (RG. IV. 27. November 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 226.

§ 1568.

Übermäßige, die Gesundheit schädigende geschlechtliche Anforderungen des Mannes können die Scheidung rechtfertigen. (München, 28. März 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 2270.

§ 1568.

Hysterie kann wohl eine leichte Reizbarkeit erklären, nicht aber kann sie die Verantwortlichkeit für Beschimpfungen gröblichster Art ausschließen. (RG. IV. 29. April 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 1806.

§ 1568.

Die Revision greift das BU. zunächst insofern an, als in den der Beklagten zur Last gelegten Umständen nicht schwere Eheverfehlungen erblickt worden sind. Aber die Beurteilung, welche das BG. diesen Umständen hat zuteil werden lassen, ist rechtlich nicht zu beanstanden. Die Revision hat in dieser Richtung auf folgende Punkte Gewicht gelegt: Die Beklagte habe keine genügende Befähigung für die Führung der Hauswirtschaft gehabt und die Mahlzeiten hätten unregelmäßig stattgefunden. Aber die mangelhafte Führung der Hauswirtschaft durch die Frau kann nur in besonders argen Fällen und nur dann als schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten angesehen werden, wenn der Mann vergeblich den Versuch gemacht hatte, durch Einwirkung auf die Frau Abhilfe zu schaffen (Warneyer 1908 Nr. 525); daß dies der Fall gewesen sei, hat der Kläger nicht behauptet. Wenn die Unregelmäßigkeiten, wie der Kläger sagt, auf mangelnde Befähigung der Beklagten zurückzuführen sind, so können sie der Beklagten überhaupt nicht zum Verschulden angerechnet werden, zumal, da bei der kurzen Dauer der Ehe die Beklagte keine genügende Gelegenheit hatte, sich in ihre Obliegenheiten einzuarbeiten. (RG. 15. Jan. 1912.)

J. W. Nr. 7 pag. 352.

§ 1906.

Auch bei der vorläufigen Vormundschaft hat der Vormund endgültig alle Rechte und Pflichten eines Vormundes. (ROLG. Bd. 24 S. 50.)

D. R. Entsch. Nr. 1029.

§§ 1909 ff.

Der Geschäftskreis des Pflegers bestimmt sich ausschließlich nach der über seine Verpflichtung auf-

genommenen Verhandlung, auch wenn sein Geschäftskreis in der Bestallung anders beschrieben ist. (KG. 29. Sept. 1911.) D. R. Entsch. Nr. 2287.

V. Zivilprozessordnung.

§ 52.

Auf eine Ehescheidungsklage gemäß §§ 1565, 1568 BGB. behauptete die Beklagte unter Bestreiten der der Klage zugrunde liegenden Tatsachen, daß Kläger wegen des ihn beherrschenden Eifersuchtswahns geisteskrank und prozeßunfähig sei. Die Beklagte hatte vergeblich versucht, während des Prozesses eine Entmündigung des Klägers wegen Geisteskrankheit herbeizuführen. Die Scheidungsklage wurde in I. Instanz abgewiesen. Die Verhandlung vor dem BG. wurde auf die Frage der Prozeßfähigkeit des Klägers beschränkt, und es wurde sodann die Berufung des Klägers zurückgewiesen. Die Revision des Klägers hatte keinen Erfolg aus folgendem Grunde: Das BG. stellt bedenkenfrei fest, daß der Kläger von Wahnvorstellungen hinsichtlich der ehelichen Untreue seiner Frau beherrscht wird und insofern an einer Geisteskrankheit (Paranoia) leidet. Es nimmt weiter das Vorhandensein der Geisteskrankheit in dem Umfange an, daß die allgemeine Geschäftsfähigkeit und damit die Prozeßfähigkeit des Klägers zu verneinen sei. Die Revision bestreitet, daß der Eifersuchtswahn auf die andern Angelegenheiten des Klägers Einfluß habe, insbesondere auf seine Prozeßfähigkeit. Es kann dahingestellt bleiben, ob und inwieweit die von der Revision erhobenen Bedenken bei der dem Revisionsgerichte nach § 56 ZPO. obliegenden Prüfung als begründet anzuerkennen sind. Das die Klage wegen mangelnder Prozeßfähigkeit des Klägers abweisende BU. wird jedenfalls dadurch getragen, daß dem Kläger für den vorliegenden Rechtsstreit, der ja grade in den krankhaften Eifersuchtsvorstellungen des Klägers seine Grundlage hat, nicht die Fähigkeit zugesprochen werden kann, seine Rechte in vernünftiger Weise wahrzunehmen.

Die Ausführungen des BG., daß der Kläger aus diesem Grunde prozeßunfähig sei und dem Prozeßgerichte nicht zuzumuten sei, in eine sachliche Erörterung der auf Wahnvorstellungen des Klägers beruhenden Prozeßbehauptungen einzutreten, sind nicht zu beanstanden. (RG. 23. Mai 1912.)

J. W. pag. 872.

§ 181.

Die Zustellung des Entmündigungsbeschlusses an den in einer Irrenanstalt detinierten Entmündigten „zu Händen des Anstaltspförtners" ist nicht gültig.

Der Pförtner der Irrenanstalt kann nicht die Person des Hauswirts oder Vermieters ersetzen, an die, wenn sie zur Annahme bereit sind, an Stelle des Adressaten zugestellt werden kann. (Colmar 13. Juni 1912.) D. R. Entsch. Nr. 2689.

§ 286.

Eine Abweichung des Gerichts von der Wertsangabe der Sachverständigen enthält noch nicht die Anwendung des § 287 ZPO. (RG. VII. 9. Juli 1912.) D. R. Entsch. Nr. 3117.

§ 286.

Die Parteien haben kein Recht darauf, daß ein Sachverständiger über die von ihm bei Abgabe seines Gutachtens berücksichtigten Wahrnehmungen nochmals als Zeuge vernommen wird.

Der behandelnde Arzt, dessen wiederholte Vernehmung in der Eigenschaft eines „sachverständigen Zeugen" die Klägerin verlangt hat, ist als Sachverständiger abgehört worden und hatte in seinem Gutachten selbstverständlich die Wahrnehmungen, die er als behandelnder Arzt an dem Kranken gemacht hat, zu berücksichtigen; das war der Sinn und Zweck grade seiner Vernehmung als Sachverständiger. Das Gericht kann aber nicht gezwungen werden, einen Sachverständigen nochmals abzuhören dadurch, daß die Partei die Beweisfrage unter den Gesichtspunkt eines sachverständigen Zeugnisses bringt. (RG. VI. 7. Dez. 1911.) D. R. Entsch. Nr. 456.

§ 287.

1. Das Gericht muß auch im Falle des § 287 die von den Parteien angeführten Tatsachen und etwaige Beweisanträge würdigen. (Vgl. RG. Bd. 40 S. 424, „Recht" 1907 Nr. 1182.)

2. Das bloße, ganz allgemeine Vorbringen, daß der Sachverständige mit der andern Partei in Geschäftsverbindung stehe, vermag diesen nicht als befangen erscheinen zu lassen bezw. nach Versäumung der Ablehnung sein Gutachten zu entwerten. Vielmehr bedarf es der Darlegung besonderer Umstände, welche dafür sprechen, daß die Unparteilichkeit des Sachverständigen durch die Art des Geschäftsverkehrs beeinflußt sein könnte. („Recht" 1906 S. 123, 1907 Nr. 500.)

3. Das Gericht ist, wenn es auch befugt ist, von dem Sachverständigen die Angabe von Gründen zu verlangen, gesetzlich nicht gehindert, einem Sachverständigen Vertrauen auch dann zu schenken, wenn

dessen Gutachten eine Nachprüfung im einzelnen nicht gestattet. (RG. VI. 23. Dez. 1911.)
D. R. Entsch. Nr. 627.

§ 402.

Unbeeidigte schriftliche Privatgutachten sind gegen den Widerspruch einer Partei nicht einmal als Urkundenbeweis verwertbar. (RG. II. 8. Dez. 1911.)
D. R. Entsch. Nr. 462.

§ 402 ff.

Die Entscheidung des OLG. zur Klage sowohl wie zur Widerklage beruht im wesentlichen auf den Privatgutachten des Assistenten an der Technischen Hochschule zu Ch., K. Hinsichtlich der Frage der Zulässigkeit der Benutzung dieser ohne Erfüllung der Vorschriften der ZPO. über den Sachverständigenbeweis auf einseitige Veranlassung der Beklagten erstatteten Gutachten sagt des OLG. lediglich, dieselben könnten nach der Sachlage unbedenklich als Urkundenmaterial benutzt werden. Dem kann nicht beigetreten werden. Die Benutzung solcher Privatgutachten als Grundlage für die Entscheidung einer zwischen den Parteien streitigen, zur Sache erheblichen Frage ist in der Regel ohne das hier nicht festgestellte Einverständnis der Parteien überhaupt nicht zulässig. Die gegenseitige Annahme würde dazu führen, die Garantien, welche das Gesetz in den §§ 402 ff. ZPO. bezüglich des Sachverständigenbeweises für notwendig erachtet hat (Ernennung durch das Gericht, Ablehnungsrecht, Beeidigung) zu beseitigen und auch den Parteien die Möglichkeit nehmen, dem Sachverständigen gegenüber ihr Interesse dadurch zu wahren, daß sie denselben auf die zu ihren Gunsten sprechenden Umstände hinweisen und ihm sonst sachdienliche Aufklärungen verschaffen. Es handelt sich im vorliegenden Falle auch nicht etwa um das Fachgutachten einer Behörde (vgl. RG. 44. 151), oder lediglich um eine genauere Information des Gerichts und Unterstützung eigener Sachkunde. (J. W. 93, 1517). Mit Recht hat die Revision auf die Entscheidungen des RG. in der J. W. 10, 1917 und 1900, 828 verwiesen. Vgl. auch RG. 9, 380 und 54 S. 260, 270. (RG. 8. Dez. 1911.)
J. W. Nr. 4 S. 200.

§ 404.

Der Sachverständige ist Gehilfe des Richters. Ob sich der Richter dieses Gehilfen bedienen will, ist seiner Entschließung anheimgegeben. (RG. VII. 18. Juni 1912.) D. R. Entsch. Nr. 2569.

§ 411.

Die Beifügung von Gründen zu einem schriftlichen Gutachten ist nirgends vorgeschrieben; von der Aufnahme einer derartigen Bestimmung in die ZPO. hat man abgesehen. (Hahn, Gesamte Materialien zur ZPO. Bd. I, S. 319.) Das Gericht ist daher, wenn es auch befugt ist, von dem Sachverständigen die Angabe von Gründen zu verlangen, und die Beifügung von Gründen zu einem Gutachten die Regel bilden wird, gesetzlich nicht gehindert, einem Sachverständigen Vertrauen auch dann zu schenken, wenn dessen Gutachten eine Nachprüfung im einzelnen nicht gestattet. Seufferts Arch. Bd. 52 Nr. 122. (RG. 23. Dez. 1911.) J. W. Nr. 6 pag. 303.

§§ 645, 680.

Die Verbindung eines Antrages auf Entmündigung wegen Geisteskrankheit mit einem solchen auf Entmündigung wegen Trunksucht ist zulässig.

Nach der herrschenden Ansicht (vgl. z. B. Gaupp-Stein, 9. Aufl., Anm. 1 zu § 680 ZPO.) soll diese Verbindung unzulässig sein wegen der Verschiedenheit des Verfahrens. Bei der Entmündigung wegen Geisteskrankheit wirkt nämlich die Staatsanwaltschaft mit, bei derjenigen wegen Trunksucht nicht. Ferner ist dort die persönliche Vernehmung des zu Entmündigenden vorgeschrieben, hier nicht. Endlich kann dort der die Entmündigung wieder aufhebende Beschluß durch sofortige Beschwerde angefochten werden, hier nicht. Keine dieser Verschiedenheiten jedoch steht der Veranstaltung eines einheitlichen Verfahrens über beide Entmündigungsgründe entgegen. Die Mitwirkung der Staatsanwaltschaft hat sich auf diejenigen Fragen zu beschränken, die zur Entmündigung wegen Geisteskrankheit gehören, und schädigt im übrigen für den andern Teil des Verfahrens den Gegner nicht. Ebenso unschädlich ist die persönliche Vernehmung des Antragsgegners, die auch da, wo sie nicht vorgeschrieben wird, ratsam und förderlich ist. Daß endlich je nach dem schließlich ergehenden Beschlusse ein Rechtsmittel statthaft oder nicht statthaft ist, ist ohne Einfluß auf das vorausgehende Verfahren. (Colmar, 9. Juli 1912.)
D. R. Entsch. Nr. 2975.

§ 650.

Die Überweisung der Entmündigung ist stets gerechtfertigt, wenn der Fall nicht von vorneherein klar und der auswärtige Aufenthalt von einiger Dauer erscheint.

Da H. bisher seine Angelegenheiten, wenn auch unter Aufsicht seiner Tante, ohne Nachteil besorgt

hat, steht bei ihm das Vorhandensein einer Geistesschwäche jedenfalls nicht von vorneherein außer Zweifel. Wenn auch seine Vernehmung wegen seiner Erkrankung nicht sofort sollte erfolgen können, so ist doch seine Entlassung aus der Anstalt in kurzer Zeit zu erwarten und wird er sich auch nachher weiter in M. aufhalten. Darauf, ob er etwa in einem späteren Zeitpunkte nach K. zurückkehrt, kann es für die hier zu treffende Entscheidung nicht ankommen. (Bay. OLG. 3. Mai 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 1925.

§§ 676, 650.

In den Fällen der §§ 676, 650 ZPO. ist Beschwerde der Partei unzulässig.

Das mit der Einleitung des Verfahrens auf Wiederaufhebung der Entmündigung befaßte Gericht hat darüber, ob die Verhandlung und Entscheidung gemäß §§ 650, 676 Abs. 3 ZPO. dem Amtsgericht des Aufenthaltsortes des Entmündigten übertragen werden soll, sich von Amts wegen schlüssig zu machen; eines „Antrags" des Entmündigten, d. h. eines Gesuchs, das erforderlich ist, um eine Entscheidung des Gerichts in dieser Richtung herbeizuführen, bedarf es nicht, und wenn der Entmündigte einen solchen Antrag stellt, so ist dies nur eine Anregung, das Gericht solle von seiner Befugnis und seinem pflichtmäßigen Ermessen den von dem Antragsteller gewünschten Gebrauch machen. Der (die angeregte Überweisung ablehnende) Beschluß hat daher kein das Verfahren betreffendes Gesuch zurückgewiesen und die gegen diesen Beschluß gerichtete Beschwerde war daher, da keiner der in § 567 Abs. 1 ZPO. bezeichneten Fälle vorliegt, unzulässig. (Stuttgart III. 29. Febr. 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 1224.

§ 684.

Die Klage auf Anfechtung einer wegen Trunksucht ausgesprochenen Entmündigung kann wirksam vor Zustellung des Entmündigungsbeschlusses an den Entmündigten erhoben werden.

Daß mit der rechtlichen Natur der Notfrist als solcher es nicht unvereinbar ist, daß die an die Notfrist gebundene Prozeßhandlung vor Beginn der Frist vorgenommen werde, ergibt sich per argumentum e contrario aus §§ 516 Abs. 2, 552 Abs. 2 ZPO., aus denen allgemein geschlossen wird, daß andere Rechtsbehelfe als Revision und Berufung, nämlich Einspruch und sofortige Beschwerde, schon vor Zustellung der angefochtenen Entscheidung eingelegt werden können. Die im § 684 für die Klageerhebung bestimmte Frist ist zwar eine Ausschluß-, keine Notfrist; was aber für die Notfristen im eigentlichen Sinne gilt, wird insofern auch auf die Ausschlußfristen für anwendbar erachtet. (Colmar, 13. Juni 1912.) D. R. Entsch. Nr. 2694.

§ 843 BGB.; § 323 ZPO.

Liegt zur Zeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit des Verletzten vor und besteht nur eine entfernte Möglichkeit, daß diese Minderung in einigen Jahren gehoben sein wird, so kann dem Verletzten eine der jetzt bestehenden Minderung entsprechende Rente „bis auf weiteres" zuerkannt werden. Falls dann eine wesentliche Änderung eintreten sollte, steht es dem Beklagten frei, gemäß § 323 ZPO. eine entsprechende Änderung des Urteils zu verlangen. (RG. VI. 16. Nov. 1912.)

D. R. Entsch. Nr. 2942.

(Fortsetzung folgt.)

Entscheidungen betr. Gebühren für Vorbesuche.

I.

Beschluß.

In der Z.schen Entmündigungssache des Amtsgerichts Rastenburg hat die zweite Zivilkammer des Königlichen Landgerichts in Bartenstein auf die Beschwerde des Anstaltsarztes Dr. v. d. B. in Rastenburg gegen den Beschluß des Königlichen Amtsgerichts in Rastenburg vom 16. XII. 1912 unter Mitwirkung des Landgerichtsrats Retzlaff, des Landrichters Dr. Roehme und des Gerichtsassessors beschlossen: Unter Abänderung des angefochtenen Beschlusses werden die Sachverständigengebühren des Beschwerdeführers anderweitig auf 22,90 M. festgesetzt.

Eine Gebühr und Auslagen kommen für das Beschwerdeverfahren nicht zum Ansatz.

Gründe.

Über die allein zur Entscheidung stehende Frage ob dem Beschwerdeführer, dem vom Amtsgericht die Erstattung eines schriftlichen Gutachtens über den Geisteszustand der zu entmündigenden Person aufgegeben war, für zwei zum Zwecke der Erstattung

des Gutachtens vorgenommene Vorbesuche in der von dem Beschwerdeführer versorgten Anstalt die Vorbesuchsgebühr gemäß Ziffer A 17 des Tarifs für die Gebühren der Kreisärzte vom 14. Juli 1909 in Verbindung mit Ziffer 3 a daselbst in Höhe von je 3 M. zusammen 6 M. zusteht, hat sich eine einheitliche Rechtsprechung noch nicht gebildet.

Das Beschwerdegericht hat die Frage bereits wiederholt unter Ablehnung der von der Oberrechnungskammer vertretenen Auffassung im Sinne des Beschwerdeführers beantwortet und verharrt auch jetzt bei seinem Standpunkt.

Die Ansicht, daß als Vorbesuche im Sinne des gedachten Tarifs nur solche Besuche anzusehen seien, die der Arzt außerhalb der Wohnung, oder, falls er Anstaltsarzt ist, außerhalb der Anstalt macht, kann nicht für zutreffend erachtet werden.

Wäre dies der Wille des Gesetzgebers gewesen, so hätte er in Ziffer 17 Absatz 1 Satz 2 des Tarifs nicht allgemein auf die Ziffer 3, sondern lediglich auf Ziffer 3 b daselbst verwiesen und verweisen können.

Nicht anerkannt werden kann es auch, daß als Vorbesuch nur ein Besuch angesehen werden darf, den der Arzt durch Aufsuchung des Kranken macht, vielmehr kann ein Arzt nach der Sprache des täglichen Lebens auch Besuche empfangen.

Es kann endlich auch nicht als der Wille des Gesetzgebers angesehen werden, daß ein Arzt die schwierigsten und umfangreichsten Voruntersuchungen, die zur Erstattung eines schriftlichen Gutachtens erforderlich sind, falls er sie in seiner Wohnung bezw. Anstalt vornimmt, ohne besondere Vergütung vornehmen sollte; und daß er in diesem Falle nicht mehr entschädigt werden sollte, als wenn solche Untersuchungen nicht erforderlich gewesen wären.

In diesem Sinne haben neuerdings auch mit ausführlicher Begründung das Kammergericht in seinem Beschluß vom 20. IX. 1912 (abgedruckt in „Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung", Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, Nr. 3 vom 5. II. 1913) und das Landgericht I in Berlin in seinem Urteil vom 14. X. 1912 (abgedruckt in Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 14. Jahrgang, Nr. 45 S. 539 ff.) entschieden.

Danach war, wie geschehen, zu beschließen.

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 6, 80 a, 80 b DGVG.

Bartenstein, den 20. Februar 1913

(3 Unterschriften.)

II.

Beschluß.

Auf die Beschwerde des Professors Dr. Weber in Chemnitz werden die dem Beschwerdeführer in der Strafsache gegen den Sägemüller W. H. in H. wegen Brandstiftung zukommenden Gebühren unter Abänderung des Beschlusses des Untersuchungsrichters vom 14. Januar 1913 anderweit festgesetzt auf 42,80 M. Die Kosten des Verfahrens trägt die Staatskasse.

Gründe.

Auf die Erinnerung der Oberrechnungskammer sind die dem Beschwerdeführer in der obengenannten Strafsache zugebilligten und in Höhe von 42,80 M. ausgezahlten Gebühren durch Beschluß des Untersuchungsrichters anderweit festgesetzt auf 33,80 M. Abgesetzt sind in dem angefochtenen Beschluß drei Vorbesuchsgebühren mit 9 M., die der Sachverständige vor Erstattung eines schriftlichen, ausführlichen, wissenschaftlich begründeten Gutachtens zur Untersuchung des Kranken in der Anstalt vorgenommen hatte.

Gegen diesen Beschluß hat Prof. Dr. Weber die nach § 17 Abs. 3 der GO. für Zeugen und Sachverständige in Verbindung mit § 346 StPO. zulässige Beschwerde eingelegt.

Die Beschwerde erscheint begründet.

Die Bedeutung eines Vorbesuches im Sinne der Ziffer 17 des dem Gesetze betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten vom 19. Juli 1909 beigefügten Tarifes ist allerdings verschieden aufgefaßt worden. Mehrfach ist auch in gerichtlichen Entscheidungen (vergl. die im Büroblatt für gerichtliche Beamte vom 1. August 1912 abgedruckten Entscheidungen des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 29. April 1912) die Auffassung vertreten worden, daß von Vorbesuchen nach dem Sprachgebrauche dann nicht die Rede sein könne, wenn der Arzt die Untersuchung nicht gelegentlich eines von ihm gemachten Besuches, sondern nur eines empfangenen Besuches — sei es im Hause, sei es in den ihm in der Anstalt zur Verfügung stehenden Räumen — vorgenommen habe.

Das Beschwerdegericht hat sich dieser Auffassung nicht anzuschließen vermocht.

Nach Abschnitt A des genannten Tarifes I „Abwartung eines Termins" Ziffer 3 sollen bei einer Untersuchung behufs Vorbereitung eines im Termin zu erstattenden Gutachtens

a) wenn die Untersuchung in der Wohnung des Kreisarztes oder, falls dieser Anstaltsarzt ist, in der Anstalt stattfindet, 3 M.,

b) wenn die Untersuchung außerhalb der Wohnung oder Anstalt stattfindet, 5 M.

Gebühr in Ansatz kommen.

Wird dagegen gemäß Abschnitt III ein schriftliches Gutachten abgegeben, so ist einmal eine Gebühr von 10—30 M. nach Ziffer 13 zu gewähren.

Dieser Gebühr aus Ziffer 13 treten nach Ziffer 17 die Gebühren zu 3 hinzu, falls zur Ausstellung des Gutachtens „Vorbesuche" erforderlich sind.

Ein sachlicher Unterschied zwischen dem Worte „Untersuchung" in Ziffer 3 und „Vorbesuch" in Ziffer 17 kann jedoch nicht anerkannt werden. Es mag zugegeben werden, daß das Wort „Vorbesuch" dahin einengend ausgelegt werden kann, daß darunter nur seitens des Arztes außerhalb seiner Wohnung vorgenommene, mit Zeit- und Wegverlusten verbundene Untersuchungen des Kranken verstanden werden können. Eine solche einengende Auslegung würde aber offenbar dem Geiste und dem Sinne der Vorschrift nicht gerecht werden. Wie die Bestimmungen der Ziffer 3 klar beweisen, wird dem Arzt die Gebühr nicht zugebilligt für die Zeit- und Wegeverluste, sondern für die in der persönlichen Untersuchung des Kranken bestehende, über eine bloße Prüfung der Akten hinausgehende besondere ärztliche Tätigkeit. Es würde ohne jeden Sinn und durch nichts gerechtfertigt sein, wollte man dem Arzt, der den Irren in seiner Zelle aufsucht, die Gebühr zubilligen, sie aber dem verweigern, der — vielleicht gerade um eine bedeutend eingehendere Untersuchung vornehmen zu können — sich den Kranken in seiner Anstaltswohnung vorführen läßt. Der größeren Mühewaltung — im Falle eines Besuches außerhalb der Wohnung insbesondere wegen des größeren Zeitverlustes — wird nur daneben durch eine Erhöhung der an sich unter Ziffer 3 a gewährten Gebühr von 3 M. auf 5 M. (Ziffer 3 b) Rechnung getragen.

Geht man aber hiervon aus — und für die Richtigkeit dieser Ansicht spricht weiter, daß im Falle der Ziffer 13 die Gebühr der Ziffer 4 für eine Akteneinsicht niemals in Ansatz kommen kann —, so muß eine Unterscheidung der Worte Untersuchung und Vorbesuch durch Pressen des letzten Wortes als dem Sinn der Vorschrift widersprechend erachtet werden.

Dem steht die in dem oben angezogenen Beschlusse des Oberlandesgerichts Düsseldorf (3 W. 224/12) wiedergegebene Entstehungsgeschichte der Tarifstelle auch keineswegs entgegen. Im Gegenteil, die Ausführung eines Kommissionsmitgliedes dahin, daß die in Ziffer 3 gegebenen Unterscheidungen zwischen einem Besuche in der Wohnung und außerhalb derselben auch hier — bei Ziffer 13 — vorlägen, und die daraufhin der Ziffer 17 gegebene jetzige Fassung unterstützen nur die oben vertretene Auffassung, zumal es schlechthin heißt: „. . so treten die Gebühren zu 3 hinzu". Darunter kann nur verstanden werden, entweder die der Ziffer 3 a oder 3 b oder des Absatzes 2 Ziffer 3.

Danach ist die anderweitige Festsetzung nicht gerechtfertigt. Der Beschwerde war daher stattzugeben, die Gebühren, wie geschehen, festzusetzen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 505 StPO.

Göttingen, den 21. Februar 1913.

Königliches Landgericht, Strafkammer I.
gez. Heldberg. Wolff. Wierß.

Mitteilungen.

— **Spirochäte pallida bei Paralyse und Tabes.** In einem Aufsatz: „Studien über den Nachweis der Spirochäte pallida im Zentralnervensystem bei der progressiven Paralyse und bei Tabes dorsalis" (Münch. med. Wochenschrift, Nr. 14, 8. April 1913) macht Noguchi (siehe Nr. 49, S. 589 der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift, Jahrgang XIV, vom 8. März 1913) weitere Mitteilungen über seine Befunde.

Er hat bisher 200 Gehirne von Paralytikern und 12 Rückenmarke von Tabikern untersucht. Bei ersteren wurde die Spirochäte pallida 48 mal gefunden; das Alter dieser Paralytiker war 29 bis 75*) Jahre. In einem Falle wurde die Spirochäte nach 6jährigem Bestand der Paralyse gefunden. In einem anderen Falle wurde die Pallida im Dunkelfeld nachgewiesen, jedoch in äußerst kleiner Zahl, dagegen nicht in gefärbten Präparaten.

Es waren hauptsächlich der Gyrus frontalis, der Gyrus rectus und die Regio Rolandi, welche für die Untersuchungen ausgewählt und in denen die Pallida gefunden wurde. In einem Falle fand sie sich in allen Teilen, aber in geringerer Zahl als in den motorischen Zentren. Sie findet sich häufiger und zahlreicher in der Rinde als in der weißen Substanz. In einigen Schnitten sah N. sie in Gruppen regelmäßig zwischen den Nervenzellen und den Neurogliafasern verteilt, in anderen Fällen vereinzelte Exem-

*) Die „7" beruht wohl auf einem Druckfehler im Original.

plare über weite Strecken hier und da verstreut. Gegenfärbung der Gehirnschnitte mit Toluidinblau oder Thionin zeigte eine oder mehrere Spirochäten eng an eine Pyramidenzelle angelagert, in einigen Fällen einen Teil des Pallidakörpers dem Zytoplasma der Nervenzelle anscheinend inseriert. Zuweilen lagen die Spirochäten in den perineuralen Räumen längs der Achsenzylinderfortsätze. In der Nähe solcher Zellen sah N. oft auch unregelmäßige amorphe, vermutlich exsudative, Niederschläge. Die infizierten Nervenzellen zeigten unregelmäßige Form, verzerrte Kontur, Schwellung oder völlige Auflösung des Kerns und der Zellfortsätze (chronische parenchymatöse Enzephalitis). In der Nähe von Blutgefäßen sah N. die Pallida ganz selten, in den Gefäßwandungen niemals, auch nicht mit Sicherheit in der Pia.

Die ältere Levaditimethode bewährte sich oft gut; dabei machte N. jedoch die Stücke für die Imprägnation bis zu 5 und mehr Millimeter dick anstatt zwei. Im Innern solcher Stücke fand er immer einen weniger tief imprägnierten Bezirk, in dem sich die Pallida von den weniger tief imprägnierten Neurogliafibrillen auf das schönste abhob. Die Stücke müssen vor der Imprägnierung erst völlig in Formalin und dann in Alkohol fixiert sein. Lange Einwirkung des Formalins erhöht die Beizfähigkeit der Pallida, vermindert dagegen diejenige der Neurogliafibrillen.

Folgende Methode erwies sich als zweckmäßig: Härtung des Gehirns in 10 % Formalin, Einlegen von 5—7 mm dicken Scheibchen 5 Tage lang bei Zimmertemperatur in folgende Lösung: 10 % Formalin, 10 % Pyridin, 25 % Alkohol, 25 % Azeton, 30 % Aqua dest.; gründliches Auswaschen mit destilliertem Wasser, 24 Stunden lang; Übertragen der Stücke in 96 % Alkohol für 3 Tage, 24 Stunden langes gründliches Auswaschen. Hierauf (in dunklen Flaschen):

1. Bad in 1,5 % Silbernitratlösung entweder 3 Tage bei 37° C oder 5 Tage bei Zimmertemperatur. Falls die einfache Silbernitratlösung nur unvollkommen imprägniert, soll man 10 % Pyridin zusetzen.
2. 2 stündiges Auswaschen in destilliertem Wasser.
3. Reduktionsbad in 4 % Pyrogallussäurelösung, der man 5 % Formalin (oder 15 % Pyridin und 10 % Azeton) zugesetzt hat, 24—48 Stunden bei Zimmertemperatur.
4. Gründliches Auswaschen in destilliertem Wasser.
5. Übertragen in 80 % Alkohol auf 24 Stunden.
6. 95 % Alkohol, 3 Tage lang, täglich erneuern.
7. Absoluter Alkohol, 2 Tage lang.
8. Xylol, Xylol-Paraffin, Paraffin.

Schnitte 3—5 Mikra.

Es wird empfohlen, als Indikator ein beliebiges Stück syphilitischen Gewebes, das sicher zahlreiche Pallidae enthält, mitzuimprägnieren.

In guten Präparaten sind die Gewebselemente des Gehirns schwach gelb oder gelblich braun, die Pallidae tiefschwarz.

In gleicher Weise werden die Rückenmarksschnitte behandelt: man fertigt dazu Längsschnitte. Bei den 12 Fällen von Tabes wurde in einem — im Hinterstrang des Dorsalmarkes — die Pallida gefunden.

Bei der Langwierigkeit der Technik war es N. nicht möglich, die Fälle seiner Serie erschöpfend zu durchmustern; er glaubt, daß bei einer vollkommen und peinlich genau ausgeführten Untersuchung eines jeden Falles sich die Spirochäten schließlich auch überall finden werden.

* * *

Angesichts dieser Ergebnisse eines so zuverlässigen Forschers steht zu erwarten, daß die antisyphilitische Behandlung der Paralyse und der Tabes auf der ganzen Linie wieder aufgenommen und, nicht wie früher abhängig von dem Wechsel theoretischer Meinungen über die Ursache dieser Krankheiten, konsequent angestrebt wird unter Nutzbarmachung alles dessen, was die experimentelle Therapie und Pharmakologie an neuen Mitteln bietet und bieten wird. Nach Noguchi's Entdeckung wird der Gang der Dinge voraussichtlich der sein, daß über den Wert eines Syphilisheilmittels in Zukunft wesentlich der Psychiater mitzureden haben wird, der die hartnäckigste syphilitische Erkrankung und zugleich furchtbarste, weil tödliche, die Paralyse, zu behandeln hat. Ist ja doch auch bereits das Salvarsan s. Zt. in einer Irrenanstalt bei Paralytikern zum erstenmal versucht worden! B.

Referate.

— Morel, Jules: Manuel des Gardes malades, y compris les soins à donner dans les maladies mentales. 2. édition complètement refondue. Bruxelles, Lamertin 1913. 400 S.

1907 hatte der Verf. bereits ein kleines Buch für Krankenpflege aller Kategorien geschrieben, das viel Anklang gefunden hatte. Heute liegt davon eine stark vermehrte und gänzlich umgeänderte 2. Auflage vor, leider ohne Abbildungen. 300 Seiten beziehen sich auf den Unterricht der Krankenpflege aller Hospitäler, 100 Seiten sind speziell den Irrenpflegern gewidmet. Mehr als sonst wohl wird hier Genaueres über Anatomie, Physiologie, Hygiene, Pathologie und Therapie der einzelnen Hauptkrankheiten (diese natürlich nur in Hauptlinien) gegeben, was für viele nur erwünscht sein kann, zumal Verf. sich hütet, Halbwisser heranzuziehen. Ausführlich werden dann alle Pflichten des Pflegers, besonders des Irrenpflegers, in allen denkbaren Lagen gegeben, dabei immer aber auf den Arzt verwiesen. So ist das vorliegende Buch des für die Irrenpflege in Belgien speziell hochverdienten Verfassers vielleicht das ausführlichste und jedenfalls eins der besten, das wir besitzen.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Dresden.** Dem Anstaltsarzt an der städtischen Heil- und Pflegeanstalt Dr. Oehmig wurde der Diensttitel „Oberarzt“ verliehen.

— **Königsberg i. Pr.** Der bisherige Privatdozent für Neurologie und Psychiatrie und Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik und Nervenpoliklinik zu Königsberg i. Pr. Dr. med. Otto Kleineberger ist vom 1. Mai d. J. als Nachfolger von Prof. Eichelberg zum Oberarzt an der psychiatrischen und Nervenklinik in Göttingen berufen worden und wird sich ebenda als Privatdozent habilitieren.

— **Berlin.** Den Professortitel erhielten Dr. Vogt, Vorsteher des neurobiologischen Laboratoriums, Dr. Bielschowsky, Abteilungsleiter dieses Instituts, und Privatdozent Dr. Forster.

— **Bonn.** Prof. Westphal, Direktor der psychiatrischen Klinik, erhielt den Titel Geheimer Medizinalrat.

— **Göttingen.** Privatdozent Dr. Eichelberg erhielt das Prädikat: Professor.

— **Straßburg i. E.** Privatdozent Dr. Pfersdorff erhielt das Prädikat: Professor.

— **Weissenau** (Württemberg). Med.-Rat Dr. Rank, Direktor der Königl. Heilanstalt Weissenau, unter Verleihung des Titels Obermedizinalrat in den Ruhestand versetzt.

Therapeutisches.

— Über **Luminal** sind in letzter Zeit mehrere Arbeiten erschienen:

Kino, Zur Luminalwirkung, besonders bei der Epilepsie. (Aus der Privatklinik Hohe Mark i. T., Dir. Hofrat Dr. Friedländer.) Die Therapie der Gegenwart 1912, Nr. 9, S. 403. Verf. berichtet von einer günstigen Beeinflussung der Anfälle nach Zahl und Stärke bei 2 Kranken mit Epilepsie; trotz wochenlanger ununterbrochener Verabreichung des Mittels wurde eine kumulative Wirkung nicht beobachtet.

A. Hauptmann, Luminal bei Epilepsie. (Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Freiburg i. B., Geheimrat Hoche.) Münchener Medizinische Wochenschrift 1912, Nr. 35, S. 1907. H. hat mit Luminal fast ausschließlich sehr schwere Fälle von Epilepsie behandelt und festgestellt, daß es Zahl und Schwere der Anfälle herabzusetzen vermag auch da, wo lange und intensive Bromeinwirkung erfolglos war. Es wurde 0,2 bis 0,3 g täglich selbst monatelang gegeben, ohne daß schädliche Nebenwirkungen oder Kumulation zur Beobachtung kam.

Bei schwerer Schlaflosigkeit wurde bis 0,6 g gegeben; das Mittel kann auch subkutan appliziert werden. — Die günstige Wirkung des Luminals bei Epilepsie wird auch bestätigt von

Geymayer, Über die Wirkungsweise des Luminal im Allgemeinen und bei Epilepsie im Besonderen. (Aus der mediz. Abteilung des städtischen Krankenhauses in Graz, Primararzt Med.-Rat Dr. Frz. Mahnert.) Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1912, Nr. 51. Auch Geymayer sah trotz langdauernder Anwendung keine schädlichen Nebenwirkungen und keine Kumulation, auch keine Gewöhnung.

König, Kritische Bemerkungen über Luminal. (Aus der psychiatrischen und Nervenklinik Kiel, Geheimrat Simmerling.) Berliner Klinische Wochenschrift 1912, Nr. 40. K. steigerte bei großer Erregung die Dosis auf 0,8 subkutan oder 0,9 in Tabletten (3 Tabletten à 0,3); die Kranken schliefen die Nacht durch ruhig. Ein Unterschied zwischen der Anwendung per os und subkutan ergab sich nicht. Er hat das Mittel auch mit Duboisin oder mit Paraldehyd kombiniert gegeben. Zur Vermeidung lokaler Hautgangrän nach subkutaner Luminalinjektion — Fürer hat einen solchen Fall gesehen — wird empfohlen, die Injektion tiefer ins Unterhautfettgewebe zu machen. Wahrscheinlich beruht eine solche Hautgangrän wie auch die vereinzelt beobachteten Exantheme auf einer Idiosynkrasie.

Benedek, Die Behandlung der Schlaflosigkeit mit Luminal. (Aus der neurologischen und psychiatrischen Klinik der Franz Josephs-Universität zu Kolozsvár, Direktor Prof. Dr. Karl Lechner.) Wiener klinische Wochenschrift 1912, Nr. 42, S. 1571. Verf. teilt mit, daß in der genannten Klinik das Mittel seit 2 1/2 Monaten ständig anstatt des Hyoszins gegeben wird. Zwischen Luminal und Luminalnatrium sei kein Unterschied. In 68 % betrug die Schlafdauer 7—9 Stunden. Eine Patientin mit einem organischen Nervenleiden klagte morgens nach 0,5 g über stärkere Kardialgie, Kopfdruck, Betäubtheit, Appetitlosigkeit. — Angewöhnung beobachtete er zweimal.

Patschke, Luminal bei Geisteskranken. (Aus der Privat-Heilanstalt Waldhaus-Nicolassee.) Neurologisches Centralblatt 1912, Nr. 14. Faßt seine Beobachtungen wie folgt zusammen:

1. Luminal ist ein Beruhigungs- und Schlafmittel, das infolge seiner individuellen Wirkungsweise immer erst nur versuchsweise gereicht werden kann.
2. Bei empfänglichen Kranken wirkt es in Dosen von 0,2 bis 0,3 g beruhigend und von 0,4 bis 0,5 g schlafbringend.
3. Als unerwünschte Nebenwirkungen treten in nicht seltenen Fällen ein masernähnliches Exanthem, Schwindel und Erregungserscheinungen auf.
4. Bei Arteriosklerose muß vor der Anwendung gewarnt werden.
5. Mit Hyoszin kann es, innerlich gereicht, in keiner Weise konkurrieren.

Bei manchen unruhigen Kranken bewirkten schon Dosen von 1 bis 2 mal 0,2 g vollständige Ruhe und guten Schlaf, bei anderen war nach Tagesmengen bis 1,6 g kaum eine wesentliche Beruhigung zu bemerken; die Wirkung ist also individuell außerordentlich verschieden.

— Zur **v. Dungern'schen Reaktion** äußerte sich Dr. Görl (Nürnberg) in der „Nürnberger med. Gesellschaft und Poliklinik" am 13. Febr. 1913 auf Grund seiner Erfahrungen dahin, daß sie bei ausgesprochen positivem und negativem Ausfall der Originalreaktion gleichwertig sei. (Berl. klin. Wochenschrift 1913, S. 657.)

Anstaltstechnisches.

— Zur Frage der **Kapok-Verwendung** wird mitgeteilt: In dem sehr lesenswerten interessanten Artikel des Herrn Oberarzt Dr. Nerlich in der

Nummer 2 der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift über dreiteilige Matratzen, speziell geeignet für Krankenhäuser, Heilanstalten etc. befand sich ein Urteil über den Wert des Kapok für Polsterzwecke, das nicht unwidersprochen bleiben darf.

Gerade Kapok ist für Matratzenpolsterungen ein Material, wie es sich idealer kaum denken läßt, zumal für Matratzen in Krankenhäusern, Heilanstalten etc.

Der Kapok weist eine Elastizität auf, verbunden mit einer Weichheit, die jeden Kranken von vornherein für dieses Polstermaterial begeistern muß, braucht nur selten aufgearbeitet zu werden und genügt alsdann ein einfacher Siebprozeß des Materials, nach vorheriger Erwärmung.

Das lästige Aufzupfen kommt beim Kapok in Wegfall und wäre sogar schädlich. Desinfektionsprozessen jeglicher Art, namentlich auch Formaldehyddämpfen, kann im Gegensatz zu Roßhaar der Kapok ausgesetzt werden, ohne im geringsten Schaden zu nehmen. —

Nicht vergessen sei die erhebliche, auch von Herrn Dr. Nerlich zugegebene Verbilligung im Verhältnis zu Roßhaar, die namentlich in Ansehung des oben Gesagten jeden ökonomischen Anstaltsleiter, der noch nicht Kapok benützt, veranlassen müßte, sich von der außerordentlich vorteilhaften Verwendbarkeit desselben zu Polsterzwecken zu überzeugen. Auch unsere Heeresverwaltungen bedienen sich für Kasernen und Lazarette im weitesten Maße des Kapoks.

* * *

In Holland, wie auch in Süddeutschland ist das Produkt des Kapokbaumes ein bewährtes und geschätztes Material zum Polstern von Gegenständen, die in Form von Matratzen, Kissen, Polstermöbeln etc. der Ruhe dienen, oder in Krankenhäusern, Baracken, Sanatorien etc. dem Patienten eine angenehme Lagerstatt bereiten sollen. In Nord-, Mittel-, sowie Ost-Deutschland ist die Verwendung von Kapok keine so allgemeine, jedoch dürfte es nur eine Frage kurzer Zeit sein, daß auch hier der Gedanke, Kapok zu obigen Zwecken zu verwenden, allgemein Platz greift.

Die Elastizität der einzelnen Faser wirklich guten Materials ist eine so große, daß Seegras, Crin d'Afrique, Roßhaar etc. weit übertroffen werden. Auch können mit Kapok gefüllte Polsterstücke desinfiziert werden, ohne daß die Polsterung irgendwie darunter leidet — übrigens bildet das Material an sich schon einen guten Schutz gegen ansteckende Krankheiten. Wie hoch namentlich diese Eigenschaft anzuschlagen ist, ersieht man am besten daraus, daß die Heeresverwaltung sich bestrebt, ihre Lazarette vorwiegend mit Kapokmatratzen auszustatten.

Hervorragende ärztliche Autoritäten haben sich einstimmig dahin geäußert, daß man in Krankenhäusern, Baracken etc., in denen vorzugsweise ansteckende Krankheiten behandelt werden, ausschließlich Kapok wegen seiner leichten Desinfektionsfähigkeit für die Füllung von Matratzen, Kissen etc. verwenden soll.

Der Reisende, der auf seiner Tour Holland berührt, erfreut sich stets an den reinlichen, molligen Betten der holländischen Hotels. Die Lösung dafür ist auch wieder die Kapokmatratze, und zwar gerade hier in der vorzüglichen Qualität des Kapoks, den die holländische Kolonie Java seit Jahrhunderten liefert und der auch von den deutschen Kapokfabriken zu Polstermaterial verarbeitet wird.

— Eine **internationale Städteausstellung** wird zu **Lyon** am 1. Mai 1914 eröffnet. Unter den Ausstellungsobjekten werden auch die Wohlfahrtseinrichtungen, darunter die städtischen Anstalten für Psychisch- und Nervenkranke berücksichtigt werden. Näheres durch den Maire von Lyon.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 5. 3. Mai 1913/14.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Die Anfänge der Irrenfürsorge in Schlesien. Von Geh. San.-Rat Dr. Alter. (S. 57.) — Streik des Pflege- und Dienstpersonals an der städt. Heil- und Pflegeanstalt (Frenocomio civico) Triest. Von Primarius Dr. G. Saiz. (S. 62.) — Mitteilungen (S. 67): Einladung zur Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Breslau. Die reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens. Fürsorge für gemeingefährliche Geisteskranke, Idioten und Epileptiker der Stadt Berlin. — Referate (S. 68.) — Personalnachrichten (S. 69.)

Die Anfänge der Irrenfürsorge in Schlesien.

Von Geh. San.-Rat Dr. *Alter*.

Zu einer Zeit, wo im übrigen Schlesien von einer Irrenfürsorge noch lange nichts bekannt war, besaß die Stadt Breslau bereits eine der Unterbringung von Geisteskranken dienende selbständige Anstalt, die, wie sich aus einer von damals datierten Baurechnung ergibt, schon im Jahre 1488 vorhanden war. Sie wurde „Klause“ genannt und lag an der Ecke der Nikolaistraße und Neuen Weltgasse, gegenüber dem Kinderhospitale zum heiligen Grabe. Im Jahre 1585 wurde sie mit dem Allerheiligenhospitale vereinigt, nachdem dieses etwa 50 Jahre vorher eine „ordentliche Einrichtung“ erhalten hatte, dank der Einwirkung von Johann Hess, der den Rat der Stadt „durch Eifer und Beredtsamkeit“ dahin gebracht hatte, für die armen Kranken zu sorgen.

Von der damaligen Irrenabteilung im Allerheiligenhospitale wird bei Assig, de privil. II fol. 672, berichtet: „Im Hospital omn. sanct. werden auch die Persohnen, welche ihreß Verstandes beraubt, in gewisse Gemächer erhalten und versorget.“ Auch diese Abteilung wird in einer Notiz aus dem Jahre 1651 als „Klause“ bezeichnet.

Im Februar 1764 ordnete der Magistrat an, es solle auf dem Grundstück des Allerheiligenhospitals ein Ort ausgesucht werden, „wo ein Behältnis und Klausur dergestalt angelegt werden kann, daß einige wahnwitzige und tollgewordene Menschen darin gebracht und ohne sich selbst und ohne Andere weiter zu schaden, darinnen nicht nur wol verwahret, sondern auch unter göttlichem Beystande wieder kuriret und zu rechte gebracht werden können“. In den nächsten Jahren ist dieses „Tollhaus“ denn auch erbaut worden. Sehr ungünstig aber wird es in einem Berichte der Hospital-Direktion v. 9. November 1816 geschildert. Dort heißt es: „. . . . das Lokale der Irren . . . ist . . . derjenige Teil unserer Krankenanstalt, wegen welcher dieselbe allerdings einige Vorwürfe treffen könnte, indem dasselbe nicht nur wegen seiner Lage an der Hospitalpforte, sondern auch seiner innern Räumlichkeit wegen höchst unzweckmäßig ist. Die Gemächer in diesem Lokale sind theils wegen der ohnweit davon vorbeifließenden Oder sehr feucht, theils enthalten sie auch gar nichts, was beruhigend und tröstend auf die darinnen befindlichen unglücklichen Menschen wirken könnte, obschon sie sich auch im Winter ziemlich gut heitzen lassen.“

Nicht minder ungünstig berichtet darüber die Königliche Regierung im August 1818 an den Ober-Präsidenten: „Die unzweckmäßigste Lage und Einrichtung“ habe die Anstalt im Stadthospitale zu Allerheiligen. Sie befinde sich im Erdgeschoß eines Häuschens dicht am Eingange des Hospitals und bestehe aus 4 kleinen, bei strenger Kälte nicht zu erheitzenden Klausen, deren jede kaum doppelt so groß, wie eine mittelmäßige Bettstelle sei, und 2 schmalen Zimmern, die eigentlich nur ein heitzbarer Vorflur seien und auf welche die Klausenthüren mündeten. Noch 1818 wurde denn auch ein Neubau projektiert, der Neubau des alten mit dem Allerheiligenhospitale verbundenen Krankenhauses zu St. Hiob, das aus der Zeit zwischen dem 12. und 13. Jahrhundert stammte. In diesem Neubau sollten außer den Räumen für die „Krätzekranken und Venerischen“ 12 Zellen für 12 Irre hergestellt werden. In den nächsten Jahren ist dann dieser Neubau zur Ausführung gelangt.

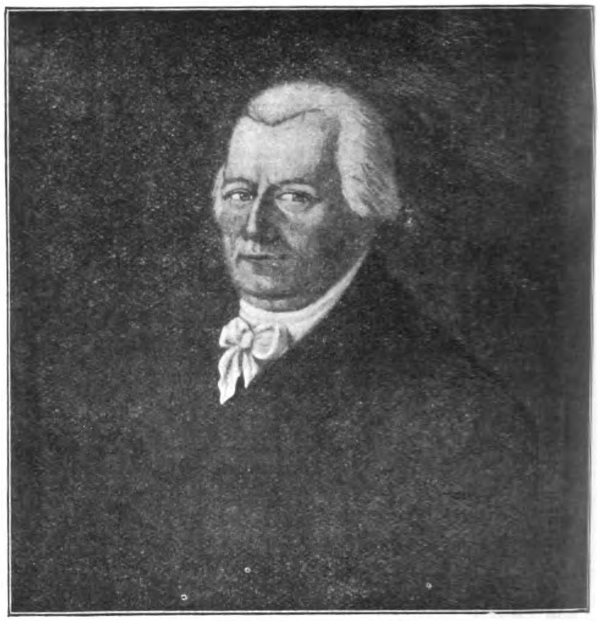
Von einer ärztlichen Behandlung der Irren scheint bis in die Zeit nach 1810 allerdings kaum die Rede

gewesen zu sein, war doch auch die ärztliche Behandlung der anderen im Allerheiligenhospitale untergebrachten Kranken damals eine anscheinend ganz mangelhafte, wie sich aus der Schilderung des im Jahre 1810 als Hospitalarzt angestellten Dr. Ebers ergibt. Danach hatte sein Vorgänger, der zugleich Stadtwundarzt und für die innere Praxis nicht geprüft worden war,*) nur zweimal wöchentlich die Kranken zu besuchen. Ihn unterstützten zwei „Patientengesellen", die keinerlei Examen gemacht hatten, deren einen aber Dr. Ebers als „ordinirenden Arzt" vorfand. „Welche Unordnung in der Wartung der Kranken herrschte," fügt Dr. Ebers hinzu, „in der Verabreichung der Arzneien, in der Bespeisung usw., grenzte an das Unglaubliche." Daß darin von 1810 ab mit der Anstellung des Dr. Ebers gründlich Wandel geschaffen wurde und überhaupt eine vollständige Reorganisation der gesamten Hospitalverhältnisse eintrat, war eine der segensreichen Folgen der Steinschen Städteordnung.

Erwähnt sei übrigens, daß im Laufe des 18. Jahrhunderts in Breslau auch von privater Seite für die Unterbringung von Geisteskranken gesorgt worden war, insofern männliche Geisteskranke in dem seit 1712 begründeten Kloster der Barmherzigen Brüder und weibliche Irre in dem seit 1727 bestehenden Elisabethinerinnen-Kloster in beschränkter Zahl Aufnahme finden konnten. Daß aber immerhin auch die Staatsbehörde mit der Möglichkeit dieser Unterbringung von Geisteskranken rechnete, ergibt sich aus dem erwähnten Berichte der Königlichen Regierung, in welchem hervorgehoben wird, daß in beiden Klöstern außer vergitterten Fenstern besondre Einrichtungen für Irre zwar nicht vorhanden seien, daß sie aber vor den Räumen im Allerheiligenhospitale „den Vorzug einer gesünderen und freieren Lage, auch den Genuß eines Gartens" hätten. Nach einem Schreiben des Polizeipräsidenten an die Hospitaldirektion aus dem Jahre 1821 wurden denn auch polizeilicherseits Geisteskranke in beiden klösterlichen Krankenhäusern untergebracht.

Inzwischen war nun auch staatlicherseits mit der Fürsorge für die Geisteskranken begonnen worden. Sie wurde in die Wege geleitet, nachdem Schlesien dem Königreich Preußen einverleibt worden, und zwar durch die Unterbringung von Irren in den ebenfalls erst unter preußischer Herrschaft in den Städten Brieg und Jauer begründeten Zucht- und Arbeitshäusern.

*) Er erhielt 50 Taler Gehalt und außerdem für jeden Kranken, der genas, 45 Silbergroschen, für jeden, der starb, 40 Silbergroschen, „durch welche Remuneration der Mann einen ansehnlichen Gehalt bezog" (von 3 oder 4 Personen starb regelmäßig einer).



Dr. Ernst Gottlieb Glawnig.
Von 1777 bis 1808 Arzt an der Irrenanstalt zu Brieg in Schl.
(Nach einem im Besitze der Stadt Brieg befindlichen Gemälde.)

So erließ „auf das Drängen verschiedener Städte und Ortschaften, die ihre Wahnsinnigen nirgends geeignet unterzubringen wußten", die Königliche Kriegs- und Domänenkammer zu Breslau unterm 4. Februar 1749 an die Direktion des Arbeitshauses zu Brieg die Verfügung, „zu berichten, ob nicht praktikable einige Gemächer dortigen Zuchthauses dergestalt zu aptiren, daß darinnen von Sinnen gekommene und rasende Leute unterzubringen". Im Jahre 1751 genehmigte die Kammer einen Vertrag „Wegen Aufbauung eines massiven Gebäudes vor Unsinnige und melancholische Personen von 2 Etagen auf dem Zuchthaushofe zu Brieg".

Im Juli 1752 waren „4 Clausen vor Wahnsinnige und 3 Stuben vor Melancholische Personen vollkommen aptiret und in brauchbarem Stande".

Schon 1757 aber wurde das „Irrhaus" wegen zunehmender Zahl der Züchtlinge für diese verwendet und erst 1769 wurden wieder 5 Klausen für Tobsüchtige zur Verfügung gestellt, während die übrigen Irren mit den Züchtlingen zusammen untergebracht waren.

Mit der Ernennung des Dr. Ernst Gottlieb Glawnig zum Arzte des Arbeitshauses am 10. März 1777 beginnt nun eine stete und zweckmäßige Entwicklung der Brieger Irrenanstalt, die nicht ohne Rückwirkung

auf die Irrenfürsorge in Schlesien überhaupt geblieben ist. Wird doch Glawnig von Heinrich Lähr nicht mit Unrecht zu denjenigen Männern gezählt, die „in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts zur Entwickelung und Förderung des Irrenwesens in den verschiedenen Ländern den mächtigsten Impuls gegeben haben". (Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 44, S. 303, 1888.)

Glawnig war 1749 in Brieg geboren, somit erst 28 Jahre alt, als er, der zugleich Kreis- und Stadtphysikus war, zum Arzte des Zuchthauses und der mit diesem verbundenen Irrenanstalt berufen wurde. Ein hochgebildeter Arzt von reichem Wissen und warmem Herzen für die ihm anvertrauten Irren war er für deren Wohl nach jeder Richtung hin zu sorgen eifrig bemüht.

Nachdem schon 1779 über die 5 „Tollklausen" geklagt worden, daß „keine frische Luft noch Licht hineingebracht werden kann", und an deren Stelle ein Neubau vorgeschlagen worden, bezeichnete 1782 Glawnig wiederum die zur Unterbringung der Irren bestimmten Räume als höchst elend und so gelegen, daß „fast gar keine Luft in dieselben eindringen" könne.

Trotz dieser ungünstigen Verhältnisse hat Glawnig eine ärztliche Behandlung der Irren durchzuführen versucht, von der vor ihm nicht die Rede gewesen zu sein scheint. Er berichtet darüber: „Der Mangel an Gelegenheit und Raum macht alle medizinischen Versuche unmöglich. . . Es kann daher von der Art des Verfahrens nichts Gründliches gesagt werden. Freilich werden öfters Versuche angestellt, sowie dieses mit dem Arsenik, dem Campher, dem Tartarus tartarisatus, mit dem Extrakt der weißen Nießwurzel und andern Mitteln mehr geschehen."

Für den Neubau der Anstalt, den auch ein Bericht der Kriegs- und Domänenkammer vom Oktober 1782 für notwendig erklärt, hat Glawnig in ausführlicher Weise seine Ansicht geltend gemacht. Er sagt darüber: „Ein Irrhaus ist bestimmt, Unglückliche, welche an ihrem Verstande gelitten und entweder Tief- oder Wansinnig sind, aufzunehmen und zwar in der Absicht, um zum Theil auf Conservation ihres Lebens, zum Theil auf die Wiederherstellung ihrer Gesundheit, insofern sie noch möglich, Rücksicht zu nehmen; zum Theil aber auch diese Unglückliche aus der Gesellschaft der übrigen Bürger zu setzen, damit keinem Gliede des Staates auf irgend eine Art etwas Nach-theiliges zugefügt werden könne. Nimmt man alles dieses zusammen, so könnte man ein Irrhaus auf einer Seite als ein Gefängnis oder besser als ein Verwahrungshaus, auf der andern aber als ein Hospital oder Krankenhaus ansehen."

Glawnig erklärte weiter die völlige Trennung der neu zu erbauenden Anstalt vom Zuchthause sowie die Übertragung der Leitung an den Arzt allein für notwendig, konnte aber mit dieser Forderung nicht durchdringen. Die neue Anstalt, die unmittelbar an das Zuchthaus grenzte, blieb unter der Direktion und Verwaltung des Zuchthauses, war aber immerhin räumlich von demselben getrennt und im wesentlichen nach Glawnig's Vorschlägen eingerichtet. Das Haus war dreistöckig und wurde am 8. November 1784 mit 32 Irren belegt. Es hatte helle Treppen und in allen Stockwerken „geraume und lichte Fluren". Im Erdgeschoß befand sich linkerhand ein großes Zimmer für 20 männliche „Personen gemeinen Standes", in welchem dieselben auch an zwei Tischen gemeinsam aßen und sich „unter beständiger Aufsicht eines Irrknechts" befanden. Alsdann folgte die Küche und hinter dieser die „große Kastenstube, in welcher auf der östlichen Seite 5, auf der westlichen aber 4 Tollklausen und also zusammen 9 vor wirklich rasende angebracht. Jede Klause ist 4 Ellen lang, 5 Ellen hoch und 2 Ellen breit, mit starken Thüren versehen, in welcher Einschnitte sich befinden, die mit kleinen eisernen Gattern-Thüren versehen; durch diese sowohl, als durch die über den Thüren in der Höhe angebrachten Gattern kann Wärme und Licht eindringen. Die Kastenstube . . . hat 3 große Fenster, wovon zwei gegen Süden und eins gegen Norden." Diese Kastenstube, die nach des Baumeisters Vorschlag, „in eine große Stube verschiedene Verschläge vor Irre anzulegen", hergestellt war, hatte Glawnig schon vor der Ausführung als unzweckmäßig bezeichnet, da „dieses eine ungesunde, stinkende Stube sein und nie würde man ohne Entsetzen hineingehen können, . . . ungesunde Luft" aber „und fehlerhafte Bauart alle Absichten des Arztes vereiteln". Glawnig hatte vielmehr einzelne Zimmer mit Fenstern für jeden Irren und die größere Stube als Tagesraum vorgeschlagen „vor die Personen, worin man sie verschiedene Zerstreuungen und mäßige Leibesübungen vornehmen lassen könnte".

Der Kastenstube gegenüber befand sich ein „schönes Bade- und Waschhaus". Im ersten Obergeschoß lagen die Wohnung des Wärters, die Schlafzimmer für die männlichen Irren und drei schöne und lichte Zimmer vor Wahnsinnige Mannspersonen von Distinktion", im zweiten Obergeschoß die „Stube vor den Arzt und Wundarzt, um Leichenöffnungen und Operationen darinnen vornehmen zu können, 2 Schlafkabinetter auf 4 Bettstellen nebst 3 dazu gehörigen

Stuben vor weibliche Wahnsinnige" und Ökonomieräume.

In einem Bericht aus jener Zeit nennt Glawnig die Brieger Anstalt „gewis eine der vorzüglichsten in Deutschland".

Anstaltsbetrieb und Anstaltsdienst waren durch zweckmäßige Dienstanweisungen geregelt, die Beköstigung der Irren war ausreichend, 3 bis 4 mal wöchentlich wurde Fleisch mit Gemüse gegeben, die Bekleidung war eine gleichmäßige, von der Anstalt gelieferte. Kein Geisteskranker wurde zur Arbeit gezwungen, im übrigen aber die Männer mit Sägen und Spalten von Holz, die Frauen mit Spinnen und Hausarbeit beschäftigt, wie denn Glawnig schon in seinem Promemoria für das neu zu erbauende Irrenhaus die Beschäftigung aller nur irgendwie dazu geeigneten Kranken im therapeutischen Interesse empfohlen hatte.

Ein besonderes Verdienst Glawnigs war die von ihm ausgegangene Anregung, daß bei der Aufnahme eines Geisteskranken eine vom Arzt verfaßte Krankengeschichte mit Angabe der Personalien, der Entstehung und bisherigen Behandlung beizubringen sei, und daß er mit dieser Anregung Erfolg hatte. Denn es wurde behördlicherseits im Oktober 1784 an sämtliche Physiker die Verfügung erlassen, daß bei jeder Aufnahme ein Physikatsattest beigebracht werden solle, welches zu enthalten habe: „Alter, Lebensart, Erziehung der Irren, wie das Uebel nach und nach entstanden, ob der Kranke von schwermüthigen Eltern geboren und wann bereits Arzney oder andere Cur-Mittel an ihm versucht worden, worin sie bestanden, und von welcher Würkung sie gewesen, ob der Patient dilucida intervalla habe, ob er bei den Anfällen des Paroxysmi sich selbst oder andern Menschen Schaden zuzufügen geneigt und was sonst bei ihm merkwürdig, . . . damit nicht nur der Medicus der Irrenanstalt sich nach dessen Umständen richten, sondern auch hiernach der Aufbewahrungsort und die Behandlung der Irren in der Anstalt selbst eingerichtet werden kann".

Dem Anstaltsarzt schrieb die Dienstanweisung vor, daß er besondere Bücher zu führen habe, „worinnen der ganze Zustand von der Entstehung der Krankheit nebst allen angewendeten Mitteln eingetragen" werden sollte. Er hatte ferner „jeden in der Anstalt Verstorbenen zu öffnen und alles, was aufgefunden worden, genau niederzuschreiben, um dadurch nach und nach pathologisch-therapeutische Beiträge zu einer noch so unbekannten Krankheit zu sammeln", sowie die Beköstigung und Bekleidung der Irren zu beaufsichtigen.

Bald stellte sich die Notwendigkeit einer Vergrößerung der Anstalt heraus. 1792 wurde das Haus durch ein drittes Obergeschoß vergrößert, Wasch- und Badeküche wurden nach dem Hofe verlegt und 1794 wegen „Zunahme der Tobsüchtigen" 4 neue Klausen hergestellt, so daß nunmehr nach der Beschreibung Glawnigs in dem von ihm herausgegebenen Briegischen Wochenblatte, Jahrgang 1795, im Erdgeschoß „zwei Tollklausenstuben" vorhanden waren, gegen welche Glawnig seinen früheren Widerstand aufgegeben zu haben scheint. Weiter wurde 1793 eine „besondere Verpflegungsanstalt für Seelenkranke, schwermüthige Personen, solche, welche durch einen hohen Grad von Schwermuth zu Geschäften unfähig sind, sich aber doch zur Aufnahme in ein Irrenhaus nicht qualificiren", in einem Mietshause für 8 Kranke eingerichtet, die bald zu einer Pensionsanstalt für wohlhabendere Kranke wurde — die Pension betrug anfangs 110 Taler, von 1800 ab 200 Taler — und unter der alleinigen Leitung Glawnig's stand.

Auch als medizinischer Lehrer war Glawnig in uneigennützigster Weise tätig. Im Briegischen Wochenblatt von 1795 bemerkt er: „In diesem Zimmer" (der Irrenanstalt), „welches der Herausgeber dieses Wochenblatts zu einem Auditorio eingerichtet, werden täglich für die hiesigen jungen Wundärzte unentgeltliche medicinische chyrurgische Vorlesungen gehalten."

Bis zum Jahre 1803 kündigt Glawnig diese medizinischen Vorlesungen für die „hiesigen Ortes studirenden künftigen Aerzte und Wundärzte" an und bemerkt dabei stets ausdrücklich, daß die verstorbenen Irren „sowol in pathologischer als anatomischer Rücksicht geöffnet werden" sollen.

In einem Bericht aus dem Jahre 1804 hat Glawnig neben einer anschaulichen Beschreibung der Anstalt und ihres Betriebes mehrfach seine psychiatrischen Anschauungen niedergelegt. Mit Entschiedenheit tritt er dafür ein, „daß Wahn- und Tiefsinnige aus der Gesellschaft der Vernünftigen ausgehoben und in dazu bestimmten Anstalten untergebracht werden müssen, wo sie eher, als in dem Schooß der Familie zum Gebrauch ihrer Vernunft zurückkehren". Weiter erklärt Glawnig es für vorteilhaft, „wenn ein Irrhaus ganz im freien auf dem platten Lande angelegt werden könnte; da die größte Anzahl der Irren von der niederen Volksklasse ist, so könnte man sie dort mehr mit ländlichen Arbeiten abwechselnd beschäftigen und dadurch ihren Geist zerstreuen". Von der Brieger Anstalt sagt Glawnig, sie sei „keineswegs eine Anstalt, bei dessen Besuchung man von Graus und Entsetzen erfüllt ist. Man hört kein Gerassel der Ketten, denn diese werden nur in

dem höchsten Notfalle gebraucht, wo der Wüthende seinen Wärtern gefährlich zu werden bemüht ist und doch scheuern keine Fesseln die Hände wund, denn sie sind nicht von Eisen, sondern von Leder gefertigt, die Kabinette, wo die Rasenden und Wüthenden aufbewahrt werden, sind nicht unterirdische Höhlen, keine dumpfige Gefängnisse, sondern geraume, in großen luftigen Zimmern angebrachte Kabinette . . . jedes Kabinet hat sein eignes Fenster . . . der Patient ruht nicht auf dem bloßen Boden, sondern es ist eine Erhöhung, in welcher Löcher befindlich, daß der Urin, welchen der Kranke unwillkürlich von sich läßt, durchfallen und in einen darunter befindlichen Sandkasten dringen kann. Kein Irrer, solange er nur Kleidungsstücke duldet, wird nackt gelassen. Alle werden gewaschen, gereiniget und erhalten die zweckmäßige Pflege." Sie „werden nach Verhältnis ihrer Launen zusammen in Zimmern gehalten, machen sich im Sommer täglich in dem geraumen, mit Bäumen bepflanzten Hofe Bewegung, es werden täglich 10 bis 15 durch die Wärter fürs Thor oder ins weite Feld gebracht. Sie erhalten ihrem Stande gemäs Kleidung, ordentliche Beköstigung, werden gebadet und mit den nöthigsten Arzneyen besorgt, unter welchen Umständen ihnen auch die vom Arzte vorgeschriebene besondre Kost abgereicht wird . . . für Reinlichkeit wird gesorgt, weil dieses das Wichtigste in jeder Hospital-Anstalt ist . . . des Nachts ist das Haus durch Lampen erleuchtet."

Glawnig starb am 19. August 1808, noch nicht 60 Jahr alt.

Unter seinen Nachfolgern verschlechterte sich sehr bald der Zustand der Brieger Anstalt und es wurden sowohl die ärztliche Tätigkeit wie die gesamte Anstaltspflege mehr und mehr vernachlässigt.

Einer der Nachfolger Glawnigs, ein Dr. Fischer, der für die Psychiatrie wohl keinerlei Interesse hatte, hatte immerhin das Verdienst, daß er im Jahre 1811 das säkularisierte Kapuziner-Kloster zu Brieg, dessen Einrichtung als Irrenanstalt in Aussicht genommen war, als ungeeignet zu diesem Zwecke erklärte. Erfolg hatte er damit freilich nicht, es wurde vielmehr durch Ministerialreskript vom 14. Juli 1818 dieses in der Tat völlig ungeeignete Kloster, das auf drei Seiten von engen, düstern Gassen umgeben war und in welches Luft und Licht nur spärlichen Zutritt hatten, zur Einrichtung als Irrenanstalt überwiesen und alsbald mit Kranken belegt. Die Anstalt bestand also von da ab aus 3 Abteilungen, dem alten Irrenhause, dem Kapuziner-Kloster und dem Institut für Melancholische. Immer mangelhafter wurde dabei die ärztliche Versorgung und es war schließlich von 1827 ab die „ärztliche Ordination" in der Anstalt einem Chirurgen II. Klasse übertragen, „der er doch vorzustehen weder den Gesetzen nach befugt, noch dem Umfange seiner psychischen ärztlichen Kenntnisse zufolge im Stande" war.

Dementsprechend befand sich denn auch nach dem Berichte Martini's aus Leubus über die von ihm im Jahre 1829 vorgenommene Revision der Brieger Anstalt „die specielle ärztliche Behandlung der Kranken in einem trostlosen Zustande", während „von einer psychisch-ärztlichen Behandlung der Kranken" immerhin noch „geringe Spuren aus einer frühern Zeit" vorhanden waren. Was in dieser Beziehung noch geschehe, hebt Martini hervor, gehe lediglich von den Wärtern aus und sei das Resultat mechanischer, durch längere Übung unter früherer ärztlicher Aufsicht und Anleitung erlangter Fertigkeit in der allgemeinen Behandlung seelengestörter Personen. So rühmt Martini namentlich bezüglich der Beschäftigung der Kranken die Zustände in der Abteilung im Kloster, wo der einzige für 50 männliche Kranke bestimmte Wärter „nach Umständen die schwachen Kräfte" der Kranken „verständig" benütze und in musterhafter Weise für Ordnung und Reinlichkeit sorge.

Als im Jahre 1829 die Anstalt in die Verwaltung der Stände überging, wurde an diese nur das Kloster übergeben. Das alte an das Zuchthaus grenzende Irrenhaus wurde diesem zur Erweiterung überwiesen, das Institut für Melancholische wurde aufgelöst. Es befanden sich damals in den 3 Abteilungen 151 Kranke. Da das Kloster auch nach Ausbau der Kirche nur für 120 Kranke Raum bot, wurde ein Teil der Kranken in die Anstalt zu Plagwitz und in das Landarmenhaus zu Kreutzburg entlassen.

Wesentlich geringer, als von der Brieger Anstalt, sind unsere Kenntnisse von der mit dem Zuchthause zu Jauer verbundenen Irrenabteilung. Über sie heißt es in einem aus dem Anfange des vorigen Jahrhunderts stammenden Bericht: „Mit dem beschriebenen Zuchthause verband der weise Monarch zur Erleichterung seiner Unterthanen laut Rescript Glogau d. 7. Februar 1749 noch eine Verpflegungsanstalt für Wahnsinnige ohne Unterschied des Standes und der Religion. Solche Personen genießen hier die Aufsicht eines für sie bestellten Wärters und der Zuchthausärzte. Sie bewohnen besonders aptirte Stuben und werden gehalten, wie es ihr seelenkranker Zustand erfordert. Was ihre Kleidung, Kost und Schlafstellen betrifft, wird erstere aus etwas feinerem Tuche verfertigt, und die männlichen erhalten vermuthlich der Dauer wegen lederne Hosen. Weißes Brot, täglich Fleisch, sonst aber dieselben

Zugemüse, wie die Züchtlinge bekommen, macht ihre Beköstigung aus. Wer selbst Betten besitzt, kann sich ihrer bedienen, im Gegenfall ist das Lager dem der Züchtlinge gleichförmig, nur daß das Stroh oft, ja im Nothbedürfnis täglich erneuert wird.“ Im Jahre 1760 befanden sich im Zuchthause zu Jauer 10, im Jahre 1775: 27 Geisteskranke. Im Jahre 1821 wurde die Abteilung im Zuchthause aufgelöst und es wurden die Geisteskranken in das aus dem 16. Jahrhundert stammende Schloß zu Plagwitz bei Loewenberg verlegt. In einem Bericht aus jener Zeit wird die Irrenabteilung zu Jauer der Anstalt zu Brieg und den Klöstern der Barmherzigen Brüder und der Elisabetinerinnen zu Breslau, sowie dem Breslauer Allerheiligenhospitale gegenüber als „recht mangelhaft“ bezeichnet.

Schon vor der Einrichtung des Brieger Kapuziner-Klosters und des Plagwitzer Schlosses als Irrenanstalt war für Schlesien die Errichtung einer Irrenheilanstalt, zunächst in Verbindung mit einer „Aufbewahrungs- und Beschäftigungs-Anstalt für die unsicher Geheilten“ ministeriellerseits in Aussicht genommen worden. Die Wahl des Ortes schwankte zwischen dem „anfänglich zu einem Invalidenhause bestimmten“ Cisterzienserkloster zu Leubus und dem „Jungfernkloster-Stift“ zu Striegau. Ja, auch an das Brieger Kapuziner-Kloster scheint man gedacht zu haben, wendet sich doch die Königliche Regierung zu Breslau unterm 27. August 1818 mit Entschiedenheit gegen eine derartige Absicht, weil das Kapuziner-Kloster zu Brieg „nur als eine Aufbewahrungsanstalt für Irre, aber nicht als eine gehörig eingerichtete Heilanstalt angesehen werden“ könne.

Auch Leubus wurde seitens des Regierungs-Medizinalrats in Breslau zunächst als ungeeignet erklärt, weil die Verpflegung zu teuer sein und die Kranken durch die Kirche und das Gestüt gestört und beunruhigt werden würden. Er schlägt daher einen Neubau in Breslau entweder neben dem Barmherzigenbrüderkloster oder „bei den Windmühlen bei Höffchen“ vor. Die Schließung der Klosterkirche wurde in der Tat dem Weihbischof vorgeschlagen, von diesem aber abgelehnt, weil er „zwar den in jener Absicht der Errichtung einer Irrenheilanstalt in Leubus liegenden Zweck des Staates nicht anders als achtenswerth anerkennen könne“, andererseits aber „die religiösen Anstalten, durch welche die Menschen nach christlichen Gesetzen ihre Vernunft brauchen lernten, ebenso wesentlich nötig“ seien.

Auch nachdem im Jahre 1822 seitens des Ministeriums zu Berlin Leubus definitiv zur Errichtung der Provinzial-Heil-Anstalt bestimmt war, wies im Oktober 1823 derselbe Medizinalrat nochmals darauf hin, daß auch nach einem Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen es nicht ratsam sei, ein altes Gebäude zu einer Irrenheilanstalt zu benützen, da „die mancherlei besondern Einrichtungen, die eine solche Anstalt erforderlich mache, wol nie in einem zu einem andern Zwecke aufgeführten Gebäude vollkommen getroffen werden“ könnten. Es blieb aber bei der ministeriellen Verfügung, die Einrichtungsarbeiten wurden angeordnet und auch dem Vorschlage der Kommission, die Leubus besichtigt hatte, wurde nicht entsprochen, der dahin ging, eines der Vorwerke der Domäne Leubus der Irrenheilanstalt abzutreten, „um besonders die Irren unter den Landbewohnern an die früher verrichteten Arbeiten nach und nach wieder zu gewöhnen und derselben Wiederherstellung desto mehr zu begründen“.

Eröffnet wurde die neue Provinzial-Irrenheilanstalt zu Leubus im Jahre 1830, nachdem sowohl sie, wie die nunmehr lediglich zur Aufnahme unheilbarer Irren bestimmten Anstalten zu Brieg und Plagwitz im Jahre 1829 in die Verwaltung der Provinzial-Stände übergegangen waren.

Mit diesem Übergange beginnt für die Irren-Fürsorge in Schlesien ein neuer Abschnitt, dessen Schilderung nicht mehr in den Rahmen der vorliegenden Zusammenstellung fällt.

Streik des Pflege- und Dienstpersonals an der städt. Heil- und Pflegeanstalt (Frenocomio civico) Triest.

Von Primarius Dr. *G. Sais.*

Es dürfte für die engeren Fachkollegen nicht uninteressant sein, über den Verlauf des Wärterstreiks an unserer Anstalt, über den die Tagesblätter kurz berichteten, nähere Details zu erfahren, da ja ein solches Ereignis in den Chroniken der Irrenanstalten glücklicherweise äußerst selten ist und sogar bei allgemeinen Ausständen sich die Pfleger an dem Streik fast nie zu beteiligen pflegen. Um so bedauernswerter war es, daß unsere Wärter infolge einer kleinlichen Veranlassung sich zu einer so schwerwiegenden

Maßregel entschlossen und den Streik eigentlich bloß zur Rettung eines wegen einer schweren Insubordination entlassenen Pflegers inszenierten.

Vorgeschichte. Als die nach dem Pavillonsystem erbaute, für 480 Kranke bestimmte Anstalt im Jahre 1908 eröffnet wurde, wurde durchwegs neues Pflegepersonal angestellt, mit dem die Direktion im allgemeinen gut auskam. Das Personal wechselte zwar auf der Männerseite in den ersten drei Jahren ziemlich stark, wurde aber in den zwei letzten Jahren viel stabiler. Die materielle Lage des Personals an unserer Anstalt ist übrigens im Vergleich zu den an den meisten österr. Anstalten herrschenden Verhältnissen eine äußerst günstige; Anfangsgehalt für männliche Pfleger 72 Kr. aufsteigend bis 100 Kr. monatlich, für Pflegerinnen 55—80 Kr., Beköstigung, Unterkunft, Arbeitskleidung, Wäschereinigung, Krankheitsversicherung; jeden dritten Nachmittag freier Ausgang, Männer haben auch die ganze Nacht frei. 8 Tage Urlaub im Jahre. Verhältnis zwischen Pflegern und Kranken = 1 : 6. — Materielle Fragen spielten also beim Streikausbruch nicht die geringste Rolle.

Als das Personal im Jahre 1912 der hiesigen Arbeiterorganisation Camera del Lavoro beitrat, festigte sich bei manchen die Überzeugung, daß man nun alles erreichen könne, was man nur wolle. In dieser Auffassung wurde das Personal durch einen peinlichen Auftritt bestärkt, der sich am 21. Juni v. J. ereignete. Als nämlich der Direktor Dr. Canestrini den Vorsitzenden der Pflegerorganisation auf eine andere Abteilung versetzen wollte, fügte sich jener nicht, und da der Direktor darauf bestand, verließen auf ein gegebenes Zeichen hin alle Wärter die Pavillons, darin bloß 1—2 Wärter zurücklassend, versammelten sich vor dem Direktionsgebäude und entsandten eine Deputation zum Direktor, die mit sofortigem Streikausbruch drohte, wenn man jenen Pfleger versetzen sollte. Die Direktion wurde dadurch überrumpelt, denn auf einen Streik war man gar nicht gefaßt und man mußte mit Entsetzen daran denken, daß das Personal im selben Augenblicke die Kranken sich selbst überlassen könnte: der Direktor mußte daher schweren Herzens die anbefohlene Versetzung zurückziehen, worauf die Pfleger in die Pavillons zurückkehrten.

Dadurch war natürlich ein sehr gefährlicher Präzedenzfall geschaffen, der die Autorität des Direktors stark schädigen mußte und dies umsomehr, als ja die Befürchtung nahe lag, daß bei der nächsten Gelegenheit derselbe Auftritt sich wiederholen würde. Man entwarf daher einen Plan, um der Eventualität eines Streikes mit ruhigem Gewissen entgegensehen zu können und auch im extremen Falle, daß das gesamte Pflege- und Dienstpersonal streiken sollte, den Kranken die notwendige Pflege und Aufsicht zu sichern. Der Plan war bis in die kleinsten Details ausgearbeitet worden und bestand vornehmlich darin, daß die suizid- und fluchtverdächtigen Kranken vom Zahlstock und der Ruhigenabteilung auf die Beobachtungsabteilung versetzt werden sollten, damit jene Pavillons (Zahlstock mit 6—10 Kranken und Ruhigenabteilung mit 70 Kranken) ohne ständige Aufsicht, gleichsam autonom, bleiben könnten; ein Oberwärter sollte die Oberaufsicht über diese Abteilung auf beiden Geschlechtsseiten führen. — Die männliche und weibliche Arbeiterkolonie (je 18 Kranke) sollte aufgelöst werden und die Kranken über die verschiedenen Pavillons verteilt werden, um daselbst die Hausarbeiten zu verrichten; einige sollten auch in der Küche und beim Speisetragen mithelfen. Die übrigen 4, bezw. 8 Pavillons (jede Geschlechtsseite besteht aus 7 Pavillons) sollten so unter die Ärzte und Oberwärter verteilt werden, daß der Primarius die Unruhigenabteilung (35 Kr.), der Assistent die Beobachtungsstation (30 Kr.), der Sekundarius die Halbunruhigenabteilung (40 Kr.), der Oberwärter die Siechenstation führen sollte und daselbst Tag und Nacht ausharren sollte; einige verläßliche Kranke hätten die Aufsicht führen müssen, wenn der Arzt sich niederlegen sollte. Reichlichere Injektionen und häufigere Isolierung war vorausgesehen. (Das ärztl. Personal besteht aus dem Direktor, 2 Primar-, 2 Assistenz-, 2 Sekundarärzten; außerdem sind 2 Oberwärter und 1 Oberwärterin angestellt.) Der Speisezettel sollte vereinfacht werden, da man nur auf die 2 Köchinnen und die Unterstützung einiger Kranken rechnen konnte; die 6 männl. Küchenbediensteten gehörten nämlich der Organisation an.

Der unmittelbare Anlaß zum Streikausbruch ließ nicht lange auf sich warten. Am 19. Februar d. J. verlangte beim Frührapport ein Pfleger, der soeben vom freien Ausgang eingerückt war, noch am selben Morgen 2 Stunden Urlaub, um beim Standesamte bezeugen zu können, daß für einen Bekannten kein Heiratshindernis bestehe. Da diese Angelegenheit dem Direktor absolut nicht dringend erschien und auf derselben Abteilung 2 Pfleger fehlten, wurde der Urlaub verweigert. Nichtsdestoweniger ging der Wärter aus, obwohl er wußte, daß wenige Tage vorher ein anderer Pfleger wegen eines ähnlichen Vergehens entlassen worden war. Als er zurückkehrte, wurde ihm bedeutet, daß er sofort entlassen war. Er weigerte sich, die Abteilung zu ver-

lassen, während der ganze Vorfall das Personal sehr aufregte und am nächsten Morgen (20. Februar) eine Pflegerdeputation beim Direktor vorsprach und eine anderweitige Bestrafung jenes Pflegers verlangte; die Entlassung sollte aber aufgehoben werden, widrigenfalls würde das Personal streiken. Der Direktor machte die Wärter auf das Ungehörige ihres Benehmens aufmerksam, bestand auf der 7tägigen Kündigungsfrist und deutete auf die Strafbestimmungen hin, welchen das Personal entgegenging, wenn es hilflose, seiner Obhut anvertraute Kranke sich selbst überlassen würde. Der Direktor verlangte ferner, daß das Personal seine Bitte schriftlich überreiche und persönlich von den Einzelnen unterzeichnen lasse, welche sich mit der Deputation solidarisch erklärten; er bestand aber zunächst darauf, daß der entlassene Pfleger sofort die Anstalt verlasse, was jener auch tat.

Am nächsten Morgen (21. Februar) wurde das Schriftstück, das den Charakter eines Ultimatums hatte („wenn der Pfleger bis Mittag nicht eingestellt wird, wird das gesamte Personal um 12 Uhr in den Streik treten"), dem Direktor übergeben und war von allen Haus- und Küchendienern (13), sowie von allen Pflegern (41) mit einer einzigen Ausnahme unterzeichnet, während von den 37 Pflegerinnen 7 die Unterschrift verweigert hatten, trotz des von den Anstiftern auf sie ausgeübten Druckes. Es war da der große Einfluß der Traktpflegerin auf die jüngeren Elemente offenkundig, indem gerade in jenem Pavillon, wo die Traktpflegerin der Bewegung nicht beigetreten war, noch 5 andere Wärterinnen der Anstalt treu geblieben waren.

Der Direktor erklärte bei der Übernahme des Ultimatums, daß er auf der Entlassung jenes Pflegers bestehe und sich durch die Streikandrohung nicht einschüchtern lasse; er forderte die Pfleger auf, beim Verlassen der Anstalt jede lärmende Kundgebung zu vermeiden, alle ihre Habseligkeiten mitzunehmen, da sie mit der Anstalt nichts mehr gemein hätten, und verfügte, daß der Lohn ihnen nicht ausgezahlt werde, sondern daß in den nächsten Tagen kommissionell das Inventar aufgenommen werde und die nicht ausgezahlten Löhne als Deckbetrag für etwa fehlende Gegenstände verwendet werden sollte. Die Pfleger wurden durch das entschiedene und energische Vorgehen des Direktors in ihrem Entschlusse wankend, da sie wohl mit Sicherheit auf ein Nachgeben von Seite der Direktion unter Androhung des Streikausbruches gerechnet hatten, und schlugen im letzten Augenblicke ein Kompromiß vor, indem sie vom unmittelbaren Streikausbruch absahen und eine Deputation zum Herrn Bürgermeister, der gleichzeitig Landeshauptmann ist, entsandten, um ihn zu ersuchen, die Entlassung jenes Pflegers aufzuheben und ihn anderweitig zu bestrafen. Der Bürgermeister versprach im Laufe der nächsten Tage seine Entscheidung dem Personal mitteilen zu wollen und verhandelte noch am selben Abend mit dem Direktor der Anstalt.

Doch schon nach 24 Stunden (22. Februar) begab sich ein Vertreter der Arbeiterorganisation zum Bürgermeister und verlangte von ihm die versprochene Entscheidung, die ihm mit Rücksicht auf den zugesagten längeren Termin verweigert wurde. — Als der Direktor dies erfuhr, fragte er sofort den Vorsitzenden der Pflegerorganisation, ob und wann der Streik ausbrechen werde, doch hüllte sich jener in tiefes Schweigen.

Der Streik. Am nächsten Morgen, Sonntag den 23. Februar, um 8 Uhr früh verließ das Personal in Ausgangstracht die Pavillons, versammelte sich vor dem Direktionsgebäude und meldete durch eine Deputation dem Direktor, daß der Streik soeben beginne; in den einzelnen Pavillons seien 1—2 Pfleger zurückgelassen worden, die den Auftrag hätten, augenblicklich die Abteilungen zu verlassen, wenn fremde Wärter eingestellt würden, um 1½ Uhr nachmittags aber, wenn ihr Dienst zu Ende ginge, auf jeden Fall den Streikenden sich anschließen würden. Weiters verkündete die Deputation, daß die Pfleger der übrigen öffentlichen Spitäler der Stadt sich verpflichtet hätten, keine von den Streikenden freigelassene Stelle, auch nicht provisorisch, zu übernehmen. Darauf entfernten sich die Streikenden in geschlossenen Reihen aus der Anstalt, ohne ihre Habseligkeiten mitzunehmen. — Die in den Pavillons zurückgelassenen Pfleger und Pflegerinnen, die offenbar die besonneneren Elemente waren, erklärten nun sofort, daß ihnen ihr Pflichtgefühl verbiete, die Kranken sich selbst zu überlassen, und daß sie den Dienst weitermachen würden. Nur eine einzige Pflegerin übergab um 1½ Uhr die Siechenabteilung mit 40 Kranken der Oberwärterin und entfernte sich. — Es bleibe nicht unerwähnt, daß um 10 Uhr ein Leichenbegängnis stattfinden sollte und daß der im Leichenhause angestellte Hausdiener um ¾9 Uhr die schon zum Leichenkondukte versammelten Verwandten wegschickte, das Leichenhaus zusperrte und die Schlüssel dem Portier übergab. Es streikten insgesamt 30 Wärter (Stand 42), 24 Wärterinnen (Stand 37), alle Hausdiener (7), die männlichen Küchenbediensteten (6), der Kläranlage- und der Waschküchendiener, im ganzen 69 Personen.

Die zurückgebliebenen 12 Pfleger und 13 Pflegerinnen wurden über die verschiedenen Pavillons verteilt, und gleichzeitig übernahm, nach dem festgesetzten Plane, je ein Arzt bezw. Oberwärter die Leitung jedes einzelnen Pavillons. Der Direktion gelang es für die Dauer des Streikes 4 männl. und 2 weibl. geschulte Privatpfleger der Anstalt zu gewinnen; außerdem wurden 3 Pfleger, 1 Pflegerin und 1 Hausdiener neu aufgenommen, sodaß man schon am nächsten Tage über 19 Pfleger, 16 Pflegerinnen, 1 Hausdiener verfügen konnte. Die Handwerker (2 Tischler, 1 Schuster, 1 Gärtner und einige Bauern) blieben der Anstalt treu und wurden im Verein mit einigen Kranken zum Speisetragen und verschiedenen anderen Verrichtungen, die sonst den Hausdienern oblagen, verwendet. Auch der Maschinenführer, Mechaniker und Heizer stellten sich der Direktion bereitwilligst zur Verfügung.

Die Kranken der Arbeiterkolonie brauchten über die anderen Pavillons nicht verteilt zu werden, da man doch überall 2—3 Pfleger hatte, und wurden fast ausschließlich in der Küche und Waschküche, sowie zum Speisetragen verwendet; die Arbeiterkolonie blieb tagsüber ohne jeden Wärter und über die Nacht schlief mit den Kranken ein Heizer, bezw. auf der Frauenseite eine Pflegerin. Der weibl. Zahlstock blieb ebenfalls tagsüber ohne Wärterin; die Schlüssel und die Aufsicht über die anderen Kranken wurden einer in Rekonvaleszenz befindlichen Hysterika übergeben, die darüber so glücklich war, daß sie alle ihre Beschwerden vergaß, in liebevollster und aufopferndster Weise ihre Mitkranken pflegte, die sich ohne jeden Widerspruch ganz an ihre Weisungen hielten; über die Nacht schlief mit den Kranken eine Pflegerin. Dadurch gewann man tagsüber einige Pfleger, die in den wichtigeren und gefährlicheren Pavillons verwendet werden konnten. In diesen ging der Dienst ganz anstandslos von statten, dank der unermüdlichen Tätigkeit der Anstaltsärzte (Primarius Dr. de Pastrovich, Assistent Dr. Costantinides, Sekundarärzte Dr. de Ferra und Dr. Pernicich), die mit gutem Beispiele vorangingen, mit den zurückgebliebenen Wärtern kameradschaftlich sich in den Dienst teilten und auch Nachtwache leisteten. Die Oberwärter und die zurückgebliebenen Pfleger verzichteten durchwegs auf den freien Ausgang, blieben andauernd im Dienste und arbeiteten tüchtig mit. In allen Pavillons wurden luzidere Kranke in weitem Umfang zu allen Hausarbeiten herangezogen und manche konnten mit bestem Erfolge auch zum Pflegen und Reinigen der Mitkranken verwendet werden, indem die stetige Anwesenheit des Arztes es ermöglichte, auch sonst nicht ganz verläßliche Patienten mit verantwortungsvolleren Arbeiten zu betrauen, die die meisten Kranken im Bewußtsein des Ausnahmszustandes in sehr williger und sogar auch — in sehr geschickter Weise zu leisten wußten. Zwangsmittel wurden seit der Eröffnung der Anstalt prinzipiell nie gebraucht, auch nicht in der mildesten Form der Packungen, und man konnte auch in dieser Notlage glänzendst ohne sie auskommen. Die Bäderbehandlung mußte natürlich eingestellt werden; dafür wurden häufigere Injektionen gemacht und auf der Unruhigenabteilung hatte man meist 2 Kranke in den Isolierzimmern, die unter normalen Verhältnissen gewöhnlich leer stehen. So war es denn möglich, daß auf der Unruhigenstation mit 35 Kr., wo normalerweise 8 Wärter Dienst leisteten, stundenlang nur 1 Arzt und 1 Pfleger im Dienste war, daß auf der Halbunruhigenabteilung mit 40 Kr., wo sonst 6 Wärter arbeiteten, stundenlang ein Arzt oder eine einzige Pflegerin den ganzen Dienst versah, ohne daß der geringste Anstand zu verzeichnen gewesen wäre. Jeder Pfleger, Oberpfleger und Arzt hatte in 24 Stunden 8 Stunden Schlafzeit, sodaß auf allen 5 wichtigeren Stationen jeder Geschlechtsseite auch die Nachtwachen gehalten werden konnten, ohne die Kräfte des Personals zu erschöpfen.

Die große Mehrzahl der Kranken verhielt sich dem Streik gegenüber völlig teilnahmslos und begriff offenbar gar nicht, um was es sich da handelte. Eine Paranoide glaubte, es wäre der Krieg ausgebrochen, eine leicht demente Epileptikerin beteuerte, es wäre doch nicht der erste April, daß man so einen Spaß arrangiere. Die luzideren Elemente aller Stationen verurteilten aber mit strengen Worten das Vorgehen ihrer Pfleger und unterstützten auf das tatkräftigste den Arzt und das zurückgebliebene Personal in allen Dienstesverrichtungen.

In der Kochküche ging die Arbeit in voller Ordnung von statten dank der unermüdlichen Tätigkeit der Küchenvorsteherin und der 2 Köchinnen, die von mehreren Kranken der Arbeiterkolonie und einigen Wäscherinnen unterstützt wurden; so konnte der gewöhnliche Speisezettel für die Kranken aller Verpflegsklassen eingehalten und die Speisen zu den gewöhnlichen Stunden in den Pavillons verteilt werden.

Die öffentliche Meinung, die Tagesblätter sämtlicher Parteirichtungen, rügten das Vorgehen der Wärter, die ohne hinreichenden Grund zur ultima ratio des Streikes gegriffen hatten, und verlangten die möglichst rasche Beilegung des Streikes. Der Bürgermeister, der Regierungsvertreter, mehrere Gemeinderäte, der Vertreter der Arbeiterorganisation suchten

zwischen der Direktion und den Streikenden zu vermitteln, doch war der Direktor bestimmt absolut nicht nachzugeben, den entlassenen Pfleger nicht wieder aufzunehmen, und erklärte, er würde die Streikenden nur dann wieder einstellen, wenn alle einen Revers unterzeichnet hätten, in dem sie ihr Vorgehen bedauerten und mißbilligten und versprachen, in Hinkunft die Bestimmung der 7 tägigen Kündigungsfrist einzuhalten. Die Streikenden lehnten zunächst dieses Anerbieten ab und machten die Wiederaufnahme der Arbeit von der Einstellung des entlassenen Pflegers abhängig.

Doch verschlimmerte sich in den nächsten Tagen die Lage der Streikenden immer mehr und mehr, während die Anstalt noch ziemlich lange, ja vielleicht noch unbeschränkt lange, sich hätte halten können. Es stellten sich nämlich in den nächsten Tagen mehrere praktische Ärzte, verschiedene Sekundarärzte des allg. Krankenhauses, einige Studierende der Medizin, Angehörige von Kranken, sowie Herren und Damen aus den verschiedenen Gesellschaftsklassen der Direktion der Anstalt für die Dauer des Streikes zur Verfügung, deren Mitwirkung jedoch nicht notwendig wurde. Außerdem meldeten sich ziemlich viel Anwärter auf die freigewordenen Pflegerstellen, so daß damit eine Reserve geschaffen war, auf die die Direktion im äußersten Notfalle, wenn die Kräfte des eigenen Personals erschöpft gewesen wären, hätte greifen können, was aber glücklicherweise nicht zutraf.

Die Streikenden befanden sich dagegen in einer immer ärgeren Notlage; die finanziellen Mittel wurden von Tag zu Tag geringer, denn die Kosten des Streiks dürften nicht unerhebliche gewesen sein, indem die allerwenigsten Pfleger in der Stadt eine eigene Wohnung hatten, die meisten ledig waren, aus den benachbarten Kronländern oder aus dem Ausland stammten und unter normalen Verhältnissen in den Pavillons der Anstalt wohnten. Sie mußten daher während des Streiks in den Gasthäusern logieren, was insbesondere für die Pflegerinnen unangenehm gewesen sein dürfte und dies umsomehr, als sie ja alle ihre Habseligkeiten, Kleider, Wäsche, Toilettegegenstände usw. in der Anstalt zurückgelassen hatten und der Direktor den Streikenden den Eintritt in die Anstalt absolut verbot. Es wurden beim Eingangstore neben dem Portier zwei städt. Wachleute aufgestellt, die aber keinen Grund zum Einschreiten hatten, da die Streikenden sich vollständig ruhig verhielten.

Am 25. Februar abends wurde, da der Streik schon 3 Tage andauerte, ohne daß ein Erfolg für die Streikenden in absehbarer Zeit zu gewärtigen gewesen wäre, von Seite der Pflegerorganisation eine Generalversammlung aller in den öffentl. Spitälern der Stadt beschäftigten Pfleger einberufen, um in bezug auf den in der Irrenanstalt ausgebrochenen Streik Stellung zu nehmen. In der Versammlung gewannen die besonneneren Elemente, wohl unter dem Druck der den Streikenden unfreundlich gesinnten öffentlichen Meinung, die Oberhand gegenüber der extremeren Richtung, die aus Solidarität den Pflegerstreik auch auf die anderen Spitäler der Stadt ausgedehnt wissen wollte, und schließlich nahm die Versammlung eine Resolution an, in der der Streik als unzweckmäßig und unpassend bezeichnet wurde. Dadurch war der Streik virtuell beendigt, denn am nächsten Tage erklärten sich die Pfleger bereit, die Forderung bezüglich der Einstellung des entlassenen Pflegers fallen zu lassen und den vom Direktor verlangten Revers zu unterzeichnen. Am 27. Februar um 8 Uhr morgens nahmen alle Pfleger und sonstige Dienstpersonen die Arbeit wieder auf.

Der Streik hatte also volle 4 Tage und 4 Nächte gedauert, ohne daß der geringste Zwischenfall sich ereignet hätte. Am empfindlichsten wurden durch den Streik die Angehörigen der Kranken betroffen, die in den ersten Tagen für das Wohl ihrer kranken Familienmitglieder sehr besorgt waren, umsomehr als die allgemeinen Besuche eingestellt werden mußten und nur ganz ausnahmsweise irgendein Besuch gestattet wurde; auch konnten die telephonischen Anfragen der Angehörigen meist nicht beantwortet werden, da die Ärzte auf den Stationen stark beschäftigt waren. — Die Kranken selbst hatten unter dem Ausnahmszustande nichts zu leiden; ja einzelne bedauerten, daß der Streik so rasch zu Ende gegangen sei, weil sie während desselben den Arzt immer bei sich gehabt hätten, und luzidere Patienten ließen manche herbe Bemerkung gegenüber dem Personal fallen, als die Streikenden nach 4 tägiger Unterbrechung in die Pavillons wieder einrückten.

Der Bürgermeister sprach dem Direktor, den Ärzten sowie dem übrigen Personale seinen Dank und seine Anerkennung aus, und die der Anstalt treu gebliebenen Pfleger wurden vom Direktor in einer feierlichen Anrede belobt; sie bekamen 2 Tage Urlaub und es wurde bei der vorgesetzten Behörde eine Geldremuneration für sie in Vorschlag gebracht.

Mitteilungen.

— **Deutscher Verein für Psychiatrie.** Einladung zur **Jahresversammlung in Breslau** am 13. und 14. Mai 1913*).

Tagesordnung:

I. Sitzungen.

Dienstag, 13. Mai. Erste Sitzung vormittags 9 Uhr im Landeshaus, Gartenstraße 72. Eröffnung und Begrüßung. Erstes Referat: Der Wert der Psychoanalyse. Ref.: Bleuler-Zürich und Hoche-Freiburg. — Vorträge. — $\frac{1}{2}$1 Uhr Frühstück im Landeshaus. — Zweite Sitzung nachmittags 2 Uhr im Physikalischen Institut. Geschäftliche Mitteilungen. — Vorschlag der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, unsere Jahresversammlung in jedem zweiten Jahre der ihrigen anzugliedern. — Bericht über die Vorarbeiten zur Errichtung eines Forschungsinstitutes für Psychiatrie. — Antrag der statistischen Kommission. — Antrag der Standeskommission (s. später). — Kassenbericht und Festsetzung des Jahresbeitrags für 1913. — Bericht über die Heinrich Laehr-Stiftung. — Wahlen zur Ergänzung des Vorstandes (Moeli und Tuczek scheiden satzungsgemäß aus, Cramer †). — Vorträge mit Demonstrationen.

Mittwoch, 14. Mai. Dritte Sitzung vormittags 9 Uhr im Landeshaus. Zweites Referat: Psychiatrie und Fürsorgeerziehung. Ref.: Stier-Berlin und Mönkemöller-Hildesheim. Vorträge. — $\frac{1}{2}$1 Uhr Frühstück im Landeshaus. — Vierte Sitzung nachmittags $\frac{1}{2}$2 Uhr im Landeshaus. — Vorträge. (Anmeldungen zur Benutzung des episkopischen und diaskopischen Apparats nimmt Dr. Stöcker-Breslau, Universitäts-Nervenklinik, entgegen.)

Folgende Vorträge sind angemeldet:

1. Starlinger-Mauer-Öhling (auf Veranlassung des Vorstandes): Über die zweckmäßige Größe von Anstalten für Geisteskranke.
2. Reichardt-Würzburg: Physikalische Hirnuntersuchung an der Leiche (mit Demonstrationen).
3. Weygandt-Hamburg: Über Infantilismus und Idiotie.
4. Bischoff-Langenhorn: Die Bedeutung des Dekubitus in der modernen Anstaltsbehandlung.
5. Alzheimer-Breslau: Zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox.
6. Kirchberg-Frankfurt a. M.: Zur Lehre von den Kinderpsychosen.
7. Berger-Jena: Zur Paranoiafrage.
8. von Nießl-Mayendorf-Leipzig: Wege und Ziele einer topographischen Histopathologie der Großhirnrinde.
9. Wegener-Jena: Die Serodiagnostik nach Abderhalden in der Psychiatrie.
10. Weber-Chemnitz: Anatomische Befunde nach akuten Psychosen.
11. Chotzen-Breslau: Über Intelligenzprüfungen an Kindern nach der Methode von Binet und Simon.
12. A. Jakob-Hamburg: Zur Pathologie der (nicht genuinen) Epilepsie (mit Demonstrationen).
13. Seelig-Lichtenberg: Über amerikanische Fürsorgebestrebungen.
14. Berliner-Gießen: Arbeitslehrkolonie und Beobachtungsanstalt.
15. O. Fischer-Prag: Beitrag zur Pathologie der progressiven Paralyse (mit Demonstrationen).
16. Walter-Gehlsheim: Die Wirkung der normalen und der pathologisch veränderten Schilddrüse auf das Nervensystem nach experimentellen Untersuchungen.
17. Wanke-Friedrichroda: Psychologie oder Metapsychologie?
18. Schroeder-Greifswald: Betzsche Zellen- und Pyramidenbahn (mit Demonstrationen).
19. Allers-München: Die Stoffwechselstörung der progressiven Paralyse.
20. Heß-Görlitz: Entmündigung als Heilmittel bei Psychopathen.
21. Kleist-Erlangen: Über Bewußtseinszerfall.
22. Bumke-Freiburg: Ein objektives Symptom der nervösen Erschöpfung.
23. Wollenberg-Straßburg: Überwertige Idee und Paranoia.
24. Fauser-Stuttgart: Pathologisch-serologische Befunde bei Geisteskranken.
25. Römer-Illenau: Zur Methode der Irrenstatistik.

Die Verteilung der Vorträge auf die einzelnen Sitzungen und ihre Reihenfolge bleibt einer Vorstandssitzung am Vorabend der Versammlung vorbehalten. Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß ohne besondere Zustimmung der Versammlung Referate nicht über 30 Minuten, Vorträge nicht über 20 Minuten und Diskussionsbemerkungen nicht über 5 Minuten dauern dürfen. Besteht die Absicht, Vereinsbeschlüsse zu beantragen, so wird dringend gebeten, deren Wortlaut dem Vorstande etwa 8 Tage vorher mitzuteilen.

II. Andere Veranstaltungen.

Montag, 12. Mai, von 9 Uhr abends ab: Empfangsabend im Saal des Kaufmannsheims, Schuhbrücke 50/51.

Dienstag, 13. Mai, nach der 2. Sitzung: Besuch der Gartenbauausstellung. Abends Franziskaner Leistbräu, Ecke Tauentzienstraße, Tauentzienweg.

Mittwoch, 14. Mai, abends 6 Uhr: Gemeinschaftliches Essen im Zwinger, Zwingerplatz 4.

Für Donnerstag, 15. Mai, liegen folgende Einladungen vor:

*) Da die Wahl zum Preußischen Abgeordnetenhaus auf den 16. Mai anberaumt ist, kann unsere Jahresversammlung nicht, wie ursprünglich festgesetzt, am 15. und 16. Mai stattfinden. Sie vor Pfingsten oder in der 2. oder 3. Woche nach Pfingsten abzuhalten, erwies sich mit Rücksicht auf unsere Referenten als nicht möglich. So war zwischen dem 13. und 14. und dem 14. und 15. Mai zu wählen. Die Entscheidung fiel auf den 13. und 14. Mai, weil so die meisten preußischen Teilnehmer am 15. noch einer der Einladungen zur Besichtigung von Anstalten folgen und doch am 16. rechtzeitig zur Wahl daheim sein können.

1. Besichtigung der Psychiatrischen Klinik vorm. 9 Uhr und der städtischen Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke an der Einbaumstraße vormittags 11 Uhr.

2. Besichtigung der Provinzialanstalt Leubus. Abfahrt von Breslau, Hauptbahnhof 8^{15} nach Maltsch, von da mit Motorboot bis Leubus. Imbiß in der Anstalt. Abfahrt von Leubus gegen 2 Uhr mit Motorboot nach Maltsch, von dort 3^{28} Abfahrt nach Breslau, 3^{38} nach Liegnitz, Berlin usw.

Freitag, 16. Mai. Einladung zur Besichtigung der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bunzlau. Abfahrt von Breslau 10^{45}; Abfahrt von Bunzlau 7^{54} bzw. 7^{59}.

Dem Lokalkomitee gehören an: Prof. Dr. Alzheimer-Breslau, Sanitätsrat Dr. Hahn-Breslau und Sanitätsrat Dr. Neißer-Bunzlau. Für die auswärtigen Damen hat sich ein Damenkomitee gebildet.

Hotels in der Nähe des Bahnhofs: du Nord, Gartenstraße 100; Kronprinz, Gartenstraße 98; Vier Jahreszeiten, Gartenstraße 66; Kaiserhof N. Taschenstraße 15; Hohenzollernhof, Gartenstraße 88; Germania, Gartenstraße 101; Residenzhotel, Tauentzienplatz 15; Savoyhotel, Tauentzienplatz 12; de Russie, Teichstraße 20. Hotels in der inneren Stadt: Monopol am Palaisplatz; Goldene Gans, Junkerstraße 14; Weißer Adler, Ohlauerstraße 10; Bayrischer Hof, Zwingerplatz 3; Schlesischer Hof, Bischofstraße 4; König von Ungarn, Bischofstraße 13. Die Reihenfolge der Hotels ist so gewählt, daß die teureren und für größere Ansprüche eingerichteten zuerst aufgeführt sind. Es empfiehlt sich dringend, wegen des starken Fremdenverkehrs sich ein Hotelzimmer durch frühzeitige Bestellung (Postkarte mit Antwort) zu sichern.

Der Vorstand:
Kräpelin. Kreuser. Laehr. Moeli.
Siemens. Tuczek.

* * *

Antrag der Standeskommission, zu beschließen: Der Deutsche Verein für Psychiatrie beauftragt seinen Vorstand, geeignete Schritte bei dem Preußischen Ministerium zu tun, um wegen der Gebühren für Vorbesuche der Anstaltsärzte zur Abfassung begründeter Gutachten über solche Individuen, welche in den Anstalten auf ihren Geisteszustand beobachtet werden, den Erlaß klarer gesetzlicher (bzw. Tarif-) Bestimmungen anzuregen.

— **Mit der reichsgesetzlichen Regelung des Irrenwesens** hat man sich in der Justizkommission des Preußischen Abgeordnetenhauses beschäftigt. Auch der Reichstag hat sich wiederholt hiermit beschäftigt und eine reichsgesetzliche Regelung verlangt. Die Auffassungen der Bundesregierungen über diese Frage gehen sehr weit auseinander. Von der überwiegenden Zahl der Regierungen wurde ein Bedürfnis für den Erlaß eines Reichsgesetzes nicht anerkannt. Ein reichsgesetzliches Vorgehen würde sehr erhebliche Eingriffe in die jetzt bestehenden landesrechtlichen Befugnisse der Einzelstaaten mit sich bringen. Erneute Verhandlungen zwischen Reichsregierung und den Bundesstaaten haben zu keinem Ergebnis geführt. In den letzten beiden Jahren ist die Angelegenheit wieder im Reichstage aus Anlaß von Petitionen behandelt, durch welche gesetzliche Garantien gegen fahrlässige und böswillige Unterbringung geistig Gesunder oder nicht gemeingefährlicher Geisteskranker in Irrenanstalten verlangt wurden. Auch die Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung beim Reichsgesundheitsamt wurde beantragt. Diesem Antrag gegenüber gab die Reichsregierung die Erklärung ab, sie erkenne nach wie vor keinen Grund an, für das Gebiet der Irrenpflege die Grenzen zwischen Reich und Einzelstaaten zu verschieben.

— Eine **Petition der Stadt Berlin,** die die **Fürsorge für gemeingefährliche Geisteskranke, Idioten und Epileptiker** zum Gegenstand hat, wurde am 19. April 1913 in der Gemeindekommission des Abgeordnetenhauses beraten. Die Begründung führt in der Hauptsache aus, daß die Unterbringung der verbrecherischen Irren in den Provinzialirrenanstalten zu einer großen Belastung der Anstalten und zu schweren Unzuträglichkeiten geführt habe, weshalb der Staat die Unterbringung dieser unsozialen Elemente in eigens für diesen Zweck erbauten festen Häusern übernehmen müßte. Die Kommission erkannte die Begründung, die die Stadt Berlin ihrer Petition gegeben hatte, als zutreffend an und beschloß, die Petition der Regierung zur Berücksichtigung zu überweisen. Die Regierung verhielt sich ablehnend; die Provinzen hätten die Verpflichtung, allein oder mehrere zusammen Anstalten auch für die Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker zu errichten.

Referate.

— Albrecht: Gleichartige und ungleichartige Vererbung bei Geisteskrankheiten. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. XI, Heft 5, 1912.

Verf. untersuchte 46 Familien mit 95 Einzelfällen und fand, daß „die Vererbung der Geisteskrankheiten in der Regel eine gleichartige ist, und ungleichartige Vererbung in komplizierenden Einflüssen, vor allem in gehäufter Belastung, atavistischen Rückschlägen (? Ref.) und Keimschädigung ihren Grund hat". Leider sind die Zahlen der Untersuchten noch viel zu klein, meint Ref., um zurzeit sichere Schlüsse zu gestatten. Näcke.

— Schrecker, P.: Henri Bergsons Philosophie der Persönlichkeit. München, Reinhard, 1912. 61 S. 1,50 M.

Wir werden hier mit den Hauptzügen der originellen und geistreichen Philosophie des Franzosen Bergsons bekannt gemacht, die ganz eigene Wege wandelt. Die Definition der Persönlichkeit ist sehr verschieden, B. löst sie auf, indem er sagt, unser Leben sei eine schöpferische Entwicklung, und nicht die Auseinanderbreitung eines unveränderlichen substantiellen Ich in einer homogenen, indifferenten Zeit. Daraus folgt die Unmöglichkeit, daß ein Bewußtsein zweimal denselben Zustand durchlaufe. Das Gehirn setzt einfach die Wahrnehmungen fort, der Gehirnzustand ist unsere angefangene Handlung. Verf. sucht endlich Bergsons Ansichten mit den Adler-

schen psychoanalytischen Theorien ins Einvernehmen zu bringen. Näcke.

— Ferrari: Le emozioni e la vita del subcosciente. Laboratorio di Psicol. del Manicomio Prov. di Bologna in Imola. 1912.

Verf. knüpft an die Emotions-Theorie von James-Lange an, die er für richtig hält, und stellt als Hypothese auf, daß Emotionen aller Art durch Einwirkung auf den Sympathikus entstünden. Das Ganze ist sehr interessant und plausibel. Näcke.

— Scholz: Leitfaden für Irrenpflege. 9. vermehrte und verbesserte Auflage. Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 1912.

Dieser vortreffliche Leitfaden braucht keiner weiteren Empfehlung. Er dürfte ja der beste in deutschen Landen sein. Näcke.

— Ergebnisse der Neurologie und Psychiatrie. Redigiert von Vogt und Ring. I. Bd., 1. u. 2. Heft. 452 Seiten. Fischer, Jena, 1911.

Zum erstenmal sind die „Ergebnisse der Neurologie und Psychiatrie" erschienen, um in einer großen Revue eine zusammenfassende Darstellung der Literatur beider Gebiete zu geben; in deutscher, französ. und englischer Sprache soll die Veröffentlichung der „Ergebnisse" erfolgen. Leider wird aber gar mancher Bibliotheksfonds diese neue Belastung nicht mehr aushalten, und das ist umsomehr zu bedauern, als die beiden ersten Hefte durchaus allen Anforderungen gerecht werden. Es berichtet: Isserlin über „Bewegungen und Fortschritte in der Psychotherapie", Mingazzini: „Pathogenese und Symptomatologie der Kleinhirnerkrankungen", Spielmeyer: „Paralyse, Tabes und Schlafkrankheit" und schließlich Kleist: „Der Gang und der gegenwärtige Stand der Apraxieforschung". Alle Arbeiten zeichnen sich nicht nur durch eine klare, flüssige Darstellung aus, sondern sie enthalten auch unter ausführlicher Literaturangabe alle Ergebnisse und Fortschritte des speziell behandelten Themas. Die Lektüre der „Ergebnisse" ist eine durchaus lohnende und gewinnbringende.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Lilienstein, Dr. in Bad Nauheim: Über die akustischen Besonderheiten der Herztöne. Ein neuer Herzkontrollapparat. Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 29.

Verf. beschreibt einen elektrisch betriebenen Herztonapparat, den er Kardiophon nennt und mit dem er nicht nur die Herztöne untersuchen, sondern sie auch graphisch darstellen kann. Mit Hilfe dieses Instrumentes kann man dann z. B. vom Nebenzimmer aus die Töne eines badenden Patienten kontrollieren. Daß man durch Einschaltung mehrerer Telephone und durch mehrere Hörer die Herztöne zu gleicher Zeit beobachten kann, ist nach Verf. ein besonderer Vorteil seines Apparates.

Kürbitz-Sonnenstein.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Freiburg i. Schl.** Dem Abteilungsarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt, Dr. Richard Lehmann, wurde für seine Preisschrift über das vom Verbande der Tierschutzvereine des Deutschen Reiches

ergangene Preisausschreiben: „Innerhalb welcher Grenzen ist der wissenschaftliche Versuch am lebenden Tiere als unentbehrlich anzusehen?" der erste Preis, 2000 M., verliehen. Den zweiten Preis, 1000 M., erhielt Dr. W. Fischer-Defoy.

(Preisrichter waren folgende 5 Herren: Geheimrat Prof. Dr. His, Direktor der I. Med. Klinik, Berlin; Prof. Dr. Frey, Direktor des Physiologisch. Instituts, Würzburg; Geheimer Med.-Rat Prof. Dr. Meusel, Gotha; Geheimrat Prof. Dr. Ellenberger, Rektor der Tierärztl. Hochschule, Dresden; Rentner Hartmann, Vorsitzender des Verbandes der Tierschutzvereine des Deutschen Reichs, Cöln.)

Die Schrift ist zusammen mit der von Dr. Fischer-Defoy im Kommissionsverlag von Franz Wagner in Leipzig, Königstraße 9—11 erschienen.

— **Rybnik.** Dem Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Rybnik, Dr. v. Kunowski, wurde durch Allerhöchst unterm 7. April d. Js. vollzogenes Patent der Charakter als „Sanitätsrat" verliehen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien) — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

An der Provinzialheilanstalt bei **Ueckermünde** ist sogleich eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Gehalt 1800 bis 3000 M. (jährlich um 200 M. steigend) und freie Station I. Klasse. Bei Bewährung nach 3 Jahren Beförderung zum Oberarzt. (Gehalt 3600 bis 7200 M., freie Familienwohnung mit Heizung, Erleuchtung und Garten sowie Arznei.) Auf die pensionsfähige Dienstzeit und auf das Besoldungsdienstalter als Assistenzarzt sowie auf die Wartezeit zum Oberarzt kann frühere ärztliche Dienstzeit angerechnet werden.

Meldungen mit Zeugnissen und selbstgeschriebenem Lebenslauf an die Direktion.

Die Bewerbungen vor kurzer Zeit approbierter Ärzte erhalten den Vorzug.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 6. 10. Mai 1913/14.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Die Behandlung der angeborenen und erworbenen Gehirnkrankheiten mit Hilfe des Balkenstichs. (S. 71.) — Ein Fall von irrtümlicher Todeserklärung. Von Oberarzt Dr. Wern. H. Becker, Landes-I.-A. Weilmünster. (S. 73.) — Mitteilungen (S. 76): Eine Geisteskranke im heißen Bad verbrüht. Ursächlicher Zusammenhang mit dem Tod bei Gewährung übermäßiger Mengen Alkohol an einen Trinker. Die Schaffung eines preußischen Irrengesetzes. Gesellschaft Deutscher Nervenärzte. — Referate (S. 77). — Personalnachrichten (S. 77). — Therapeutisches (S. 78). — Anstaltstechnisches (S. 78).

Die Behandlung der angeborenen und erworbenen Gehirnkrankheiten mit Hilfe des Balkenstichs.

Unter diesem Titel haben G. Anton und F. G. v. Bramann soeben die Ergebnisse einer fünfjährigen gemeinsamen Arbeit*) veröffentlicht. Bei der großen Bedeutung dieser Operationsmethode soll auf den Inhalt des Buches näher eingegangen werden.

In einleitenden allgemeinen Bemerkungen über Hirndrucksteigerungen und deren Behandlung wird nachgewiesen, daß bei der Entstehung des Gehirndrucks die Verhinderung des Liquorabflusses in der größten Zahl der Fälle eine wichtige Rolle spielt und die Beseitigung der Stauung den Gehirndruck beseitigt. Hierbei kommen besonders in Betracht Tumoren in der hinteren Schädelgruppe, im vierten Ventrikel, in der Umgebung der Vierhügel, in den Ventrikeln selbst oder an der Basis mit und ohne Kompression größerer Venensinus, Hydrozephalus und die frühen und späten Folgen von Entzündungen der Hirnhäute.

Es handelt sich meist darum, daß die Kommunikation der Ventrikelflüssigkeit mit dem Subduralraum des Gehirns und Rückenmarks — eine Notwendigkeit für die intakte Ernährung und Funktion der Nervenkomplexe des Gehirns — gestört ist, und um die Aufgabe, mit möglichster Schonung der Gehirnbestandteile diese Kommunikation und damit einen Ausgleich der örtlichen Druckverhältnisse wiederherzustellen. Dies wird erstrebt durch Anstechen des Balkens am Dache des Vorderhorns mittelst einer stumpfen Kanüle und mehr weniger ausgiebiger Erweiterung dieser Öffnung. Es wird eine abgerundete schnabelförmig gebogene Kanüle mit seitlichen Öffnungen verwendet. Der Schädel wird durch Anlegung eines Bohrloches mittels Doyen'scher oder Sudek'scher Fräse bis auf die Dura geöffnet und zwar 1 1/2 bis 2 cm hinter der Koronarnaht und ca. 1 1/2 bis 2 cm nach außen von der Mittellinie. Die Öffnung kann mit Kneipzange oder Fräse erweitert werden, damit möglichst venenfreie Stellen der Gehirnoberfläche aufgesucht werden können. Die Dura wird durch einen Schlitz geöffnet; durch diesen findet man mit der Sonde den Weg zwischen Dura und Hirn bis zur Gehirnsichel. Die Kanüle wird unter Führung der Gehirnsichel nach abwärts bis zum Ventrikeldache, d. i. bis zum freien Balkenkörper geleitet und der Balken durchstoßen, so daß sie in das Vorderhorn des Ventrikels dringt. In den meisten Fällen gibt sich letzteres zu erkennen durch Herausfließen oder -schießen des Liquors. Nachdem die nötige Menge Flüssigkeit abgelassen, wird die Öffnung des Balkens mit der Kanüle durch Vor- und Rückwärtsbewegen derselben erweitert, auch eventuell ein Teil der Ventrikelwandung abgetastet oder die Basis des Ventrikels auf abnorme Resistenz hin untersucht. Die Ventrikelöffnung vermag längere Zeit fortzubestehen und dabei für längere Zeit einen Ausgleich der Druckverhältnisse im Gehirn anzubahnen, andererseits aber auch durch Wiederverbindung von Ventrikeln und Subduralraum für die gestörte Resorption der Flüssigkeit neue weitere Räume und intaktere Wandungen zur Verfügung zu stellen (Venen Venensinus, Lymphspalten des Subduralraums). Die

*) Behandlung der angeborenen und erworbenen Gehirnkrankheiten mit Hilfe des Balkenstiches. Von Prof. Dr. G. Anton (Halle a. S.) und Prof. Dr. F. G. von Bramann (Halle a. S.). Mit 44 Abbildungen im Text und auf 10 Tafeln. Berlin 1913. Verlag von S. Karger. Preis 9 M., geb. 10,60 M.

Gehirnbewegungen werden durch die Operation günstig beeinflußt.

Erprobt wurde das Verfahren bisher in folgenden Fällen:

17 Fälle von einfachem oder kompliziertem Wasserkopf,
5 „ „ Hypophysentumor,
23 „ „ Tumor in den Gehirnventrikeln und in den Gehirnadnexen und Zystizerkosis,
4 „ „ Epilepsie,
5 „ „ nichteitriger Meningitis,
1 Fall „ Turmschädel mit Stauungspapille, ferner wurde das Verfahren angewendet in mehreren Fällen, deren Beurteilung noch nicht abgeschlossen ist, und mehrfach als Vor- und Hilfsoperation bei Exstirpation von Gehirngeschwülsten, insbesondere solchen des Kleinhirns.

Über die Erfolge bei Wasserkopf wird mitgeteilt: 3 Fälle starben an epidemischer Lungenentzündung; es handelte sich hierbei um hochgradigen Hydrozephalus mit stellenweisem völligem Schwund der Marksubstanz. In 12 Fällen konnte die Beweglichkeit, speziell die Gangstörung, günstig oder auch sehr günstig beeinflußt werden, darunter sogar in einem Fall (15 Jahre alt) mit Symptomen schweren Kleinhirndefektes und wahrscheinlich kombinierter Systemerkrankung des Rückenmarkes, woran, wie erklärlich, der Fortschritt seine Grenze fand. In einer größeren Reihe der Fälle wird ausdrücklich von einer geistigen Weiterentwicklung, ja sogar normalen Entwicklung im weiteren Verlaufe berichtet. Auch dauerndes Nachlassen des Kopfschmerzes wurde konstatiert. Aus Aufhören von Schwindel und Erbrechen konnte auf günstige Beeinflussung der Kleinhirnsymptome geschlossen werden. In einem Falle wurde die Stauungspapille dauernd günstig beeinflußt. In 16 Fällen war sie nicht vorhanden oder schon vorher abgelaufen.

Wo anzunehmen ist, daß sich die Öffnung später wieder schließt, würde die Wiederholung des Verfahrens in Betracht kommen. Bei den 3 zur Obduktion gelangten Fällen war sie im Ventrikeldache sehr ausgeprägt erhalten.

Bei Hydrozephalus ist der Versuch der Druckentlastung durch Balkenstich vor der schweren Druckatrophie vorzunehmen, aber in einzelnen Fällen auch in späteren Zeiten, vor und in der Pubertät, d. h. vor Verknöcherung der Schädelkapsel noch entschieden angebracht.

In den fünf mitgeteilten Fällen von Tumor der Hypophyse — und zwar waren es relativ vorgeschrittene und länger bestehende — konnte Erweiterung der Seitenventrikel im Leben mittels der Tastung durch die Sonde nachgewiesen werden, in vier dieser Fälle auch die abnorme Resistenz an der Basis des Ventrikels. Viermal bewirkte Balkenstich auffällige und dauernde Besserung der Benommenheit, in allen Fällen auffällig günstige Beeinflussung des Kopfschmerzes und Erbrechens. In einem Fall ging trotz Persistierens eines großen Hypophysentumors die enorme Fettbildung bald zurück und machte einem jahrelangen Wohlbefinden Platz; das Weiterschreiten der Sehstörung wurde verhindert. Einmal verstärkte sich die Stauungspapille zunächst nach der Operation, ging dann aber bald vollständig zurück. In drei Fällen wurde in der weiteren Beobachtungszeit durch die Obduktion nachgewiesen, daß der Tumor sich nach dem dritten Ventrikel zu ausbreitete und daher die Exstirpation der Hypophyse hoffnungslos gewesen wäre; in einem dieser Fälle reichte der Tumor sogar bis zum Kleinhirn, Pons und Mark des Stirnhirns, dabei war der Mangel der Balancestörungen nach dem Balkenstich geradezu auffällig. Das bei einem Fall nach Jahr und Tag eingetretene, unter Kopfschmerz und Benommenheit verlaufende Rezidiv wurde durch eine leichte Operation wieder andauernd beseitigt. In drei Fällen wurde die Neigung zu Krämpfen aufgehoben.

Besonders wichtig ist, daß bei Hypophysentumor der Balkenstich durch Druckentlastung zum mindesten die rapide Erblindung aufhält und die subjektiven Beschwerden bedeutend bessert, bis eventuell für die definitive Operation die nötigen Grundlagen, namentlich auch hinsichtlich der Diagnose, geschaffen sind, aber auch in nicht mehr operablen Fällen. Vielleicht bedeutet die Druckentlastung auch eine wichtige Vorarbeit für die Operation, d. i. die sellare Trepanation, die schwierig ist und den Druck nicht entlastet.

Bei den 2 Fällen von Vierhügeltumor ging Operation und Entlastung der Seitenventrikel glatt und gut vonstatten; in dem einen wurde der quälende Kopfschmerz auf längere Zeit beseitigt. Sonst waren Erfolge nicht zu verzeichnen.

Bei den 4 Fällen mit der Diagnose Tumor im vierten Ventrikel ging die Stauungspapille gut zurück (in dem einen wurde allerdings noch die Trepanation zugefügt), die Benommenheit wurde günstig beeinflußt und der Kopfschmerz beseitigt. In zwei der Fälle wurden die zystisch entarteten Tumoren operativ aus dem IV. Ventrikel entleert und dadurch vollständiges Zurückgehen der Stauungspapille erzielt; auch folgte eine lange Phase des Wohlbefindens; in einem dieser Fälle kam es

später zu Rezidiven der Tumoren; der andere befindet sich jetzt nach Jahr und Tag noch wohl.

Bei drei sicher vom Plexus chorioideus ausgehenden Geschwülsten (Sarkome) der Seitenventrikel war der Balkenstich ohne Wirkung, nur in dem einen griff danach ein lange dauerndes Wohlbefinden Platz. Die Diagnose konnte erst durch die Balkenstichoperation bezw. den Tastbefund überhaupt sichergestellt werden.

Bei den vier Fällen von Epilepsie trat zwar zum Teil der Erfolg verspätet ein, „aber doch so ausgiebig, daß wenigstens bei komplizierteren Fällen von Epilepsie das Verfahren des Balkenstiches in Diskussion gezogen werden kann". In einem Falle von Epilepsie mit Stauungspapille und Jacksonschen und allgemeinen Krämpfen hörten letztere erst nach einigen Monaten auf. 2 3/4 Jahre nach der Operation konnte das Schwinden der Stauungspapille und der Krämpfe bestätigt werden. In einem anderen Falle von Krämpfen bei Hydrozephalus wurden die Krämpfe gemildert und bedeutend seltener. (Symptomatische Krämpfe, auch bei Tumoren, wurden überhaupt durch Balkenstich evident günstig beeinflußt.) In einem Fall von Status epilepticus wirkte er wohl direkt lebensrettend.

In den sechs Fällen mit dem Nachweise oder der Diagnose Cysticercus cerebri hat das Verfahren keinmal vollkommen versagt; auch in den schweren Fällen besserten sich die subjektiven Symptome bedeutend und die Krämpfe wurden günstig beeinflußt. In einem Falle schien der Prozeß zum Stillstand gebracht worden zu sein; Stauungspapille, Kopfschmerzen und Benommenheit kehrten nicht wieder.

In dem einen Falle von seröser Meningitis (Hydrozephalus mit Stauungspapille) wurde die Erblindung verhindert und erfolgte komplette Heilung.

Auch ein Fall von syphilitischer Basalmeningitis wurde durch Balkenstich gebessert, allerdings neben antisyphilitischer Behandlung.

Bei dem Fall von Turmschädel schwanden nach Balkenstich Kopfschmerz, Kopfdruck und Schwindel völlig; das Sehvermögen wurde merklich gebessert.

Endlich wird über die Erfolge bei neun Fällen von äußeren und basalen Tumoren berichtet. In acht Fällen ging nach dem Balkenstich die Stauungspapille merklich zurück, der Kopfschmerz wurde in allen neun Fällen auf längere Zeit beseitigt, in sieben Fällen die Bewegungsstörungen günstig beeinflußt und Schwindel und Erbrechen beträchtlich gebessert. In einem Falle schwand das schwere Koma und die Bewußtlosigkeit sofort nach der Operation in frappanter Weise. Zweimal traten allgemeine Krämpfe auf lange Zeit zurück. In einem Falle wurde trotz Weiterbestehens eines enormen Tumors ein solches Wohlbefinden erzielt, daß die Angehörigen die Veranlassung zu einer weiteren Operation nicht einsehen wollten. Nicht unwichtig ist es, daß durch die länger dauernde Beseitigung der Drucksteigerung die Symptome für die lokale Diagnose und eine weitere Operation sich klarer gestalteten.

Durch die Operation selbst ist unter allen 53 Fällen kein einziger Patient gestorben; dies ist um so bedeutsamer, als die Versuche mit dem einfachen Verfahren des Balkenstiches eine Reise in unbekanntes Land waren und es sich meist um schwere und desperate Fälle handelte, wo nach den Schulregeln die Heilkunst an ihrem Ende angelangt war. Der Balkenstich ist durch die Druckentlastung imstande, eminente Gefahren sofort abzuwenden.

Zum Schluß werden die Gegenanzeigen und Gefahren der Operation erörtert.

Es konnte und sollte hier nur eine gedrängte Übersicht gegeben werden über den reichen Inhalt des Buches, das verdient von jedem Psychiater und Neurologen nicht nur gelesen, sondern studiert zu werden. Von den 54 zum Teil illustrierten Krankengeschichten ist jede einzelne hochinteressant und lehrreich, dabei die Darstellung kurz, präzis und von allem überflüssigen Ballast befreit.

Die beiden Autoren, G. Anton und F. G. von Bramann, haben durch ihre jahrelange erfolggekrönte Arbeit sich ein unvergängliches Verdienst um den Fortschritt der Heilkunst erworben und dürfen der aufrichtigen Bewunderung der Ärzte und des innigsten Dankes vieler Leidender sicher sein.

Bresler.

Ein Fall von irrtümlicher Todeserklärung.

Von Oberarzt Dr. *Wern. H. Becker*, Landesirrenanstalt Weilmünster.

Die nachfolgende Lebensgeschichte, nicht meiner Anstalt, sondern meinem Familienarchiv entnommen und soweit möglich psychiatrisch beleuchtet, dürfte vielleicht in irrenärztlicher wie in juristischer Hinsicht von gleich großem Interesse sein.

K. St., 1834 als Sohn eines Landpastors in

Nordhannover geboren, stammte aus einer Blutsverwandtenehe, indem Vater und Mutter Geschwisterkinder waren. Erblich belastet war er durch die Großmutter mütterlicherseits*), welche 84 Jahre alt an Dementia senilis erkrankte und 88 Jahre alt starb. Der Vater starb 78 Jahre alt, ein Bruder 74 Jahre alt je an Apoplexie. Ein anderer Bruder litt an ausgesprochener Imbecillitas congenita und starb 54 Jahre alt an einer interkurrenten Erkrankung. Die übrigen 5 Geschwister, von denen 2 noch leben, waren geistig gesund und standen bezw. stehen quoad intelligentiam meist über dem Durchschnitt, während der in Rede stehende K. St. mäßig begabt und wohl etwas unter dem Durchschnitt war.

Da in der kinderreichen Familie, die weitab von jeder Eisenbahn- und Gymnasialstadt wohnte, die Kosten für gute oder gar höhere Schulen nicht aufgebracht werden konnten, so unterrichtete der recht gelehrsame Vater seine Kinder sämtlich selbst, und die 3 ältesten Söhne gingen, dem damaligen Zuge der Zeit folgend, nach Amerika, dort ihr Glück zu suchen. So auch 1855 K. St.

Anfangs boten seine Briefe, die mir z. T. noch vorliegen, nichts Auffälliges. Sie sind in einem ziemlich flotten Stil und orthographisch meist fehlerfrei geschrieben. Nur ihre in Anbetracht der weiten Entfernung und der selteneren Gelegenheit, zu schreiben, relative Kürze läßt vielleicht den Schluß zu, daß ihr Schreiber kein enragierter Freund von viel geistiger Arbeit war. Zu Beginn des Jahres 1857 machte sich in den Briefen ein religiös-überspannter Zug bemerkbar, so daß man hier zuhause annahm, er sei einer der vielen Sekten dort in die Hände gefallen. Er hatte öfters seinen Aufenthaltsort und seinen Arbeitgeber gewechselt — an sich für damalige amerikanische Verhältnisse wohl nichts Auffälliges — und war dabei immer weiter nach dem Westen verschlagen worden, wo wie er schreibt, eine nebenbei zu betreibende Länderspekulation lukrativer wäre. Dann kam ein Brief, datiert aus einem kleinen Ort in Texas, er wolle jetzt nach Kalifornien wandern und dort Gold suchen. Auch dieses Vorhaben erklärt sich noch ohne Zwang aus den damaligen Zeitverhältnissen. Viele wanderten damals vom Osten der Vereinigten Staaten nach Kalifornien und hofften beim Goldgraben reich zu werden, wenige allerdings wurden es. Ein erfahrener Kenner der Verhältnisse schreibt mir darüber:

„. . . . Eisenbahnen gab es noch nicht, im fernen Westen auch keine gebahnten Wege. Viele Wochen traf man keine menschliche Ansiedlung, das zu durchreisende Land hatte auf lange Strecken fast wüstenartigen Charakter, die Übersteigung des „Felsengebirges" war sehr anstrengend. Manchmal kamen noch Überfälle durch Indianer vor. Daher pflegten stets ganze Karawanen zusammen die Reise anzutreten; man mußte mit Proviant und Waffen wohlversehen sein. — Die meisten der Wanderer waren Abenteurer aus den verschiedensten Ländern, Leute, die in der alten Heimat Schiffbruch erlitten hatten, nicht selten Verbrecher . . . ."

Es schrieb deshalb der besorgte Vater aus dem deutschen Pfarrhaus, K. möge den Plan fallen lassen und sich nicht der Gefahr eines Raubmordes aussetzen. Dieser Brief kam als unbestellbar zurück. Und als keine Briefe mehr von K. ankamen, als auch der ausgesandte Bruder (einer der zwei, die noch in Amerika waren) vergeblich nach ihm geforscht hatte, sogar in einem Gasthaus, wohin der Verschwundene nicht zurückgekehrt war, die Habseligkeiten desselben vorgefunden hatte, glaubten die betrübten Angehörigen sich mit der Tatsache abfinden zu müssen, daß K. St. auf dem Wege nach Kalifornien umgekommen sei, entweder bei den Strapazen einer Krankheit erlegen oder von Räubern erschlagen.

Die Eltern wurden älter und wünschten ein Testament aufzusetzen. Sie entschlossen sich deshalb im Jahre 1872 die Todeserklärung des Sohnes K., von dem sie nichts mehr gehört hatten, zu beantragen. Nach Erfüllung der nötigen Formalitäten wurde diesem Antrage gerichtlicherseits entsprochen.

Abermals gingen 23 Jahre ins Land. Die Mutter war 1879, der Vater 1882 gestorben, da kam 1895 an „den Pastoren in St. . . ." — es war mittlerweile der zweite Amtsnachfolger dort in das Pfarrhaus eingezogen — ein Brief aus Amerika mit der Anfrage, ob von dem Pastor St. . . . die Söhne oder die Tochter*) noch lebten, — unterschrieben mit dem Namen K. St. Der Brief wurde beantwortet und dann den hier in Deutschland noch lebenden Geschwistern überreicht. Obwohl man erst an einen Schwindel glaubte, ließ doch die Handschrift bereits einige Charakteristik erkennen. Man entschloß sich deshalb zu einem Antwortschreiben, das aber lediglich die Bitte um nähere Auskunft erhielt. Doch nichts wurde wieder gehört. Der einzige noch lebende Bruder in Amerika — derselbe der damals die Nachforschungen in der Richtung nach Kalifornien bereits angestellt hatte — wurde beauftragt, der Sache nach-

*) Diese Großmutter war nicht blutsverwandt mit dem Vater, sondern Vatersmutter und Muttersvater waren Geschwister, der Vater demnach erblich unbelastet.

*) Es waren tatsächlich viele Söhne und nur eine Tochter gewesen, deshalb konnte nur ein Kenner der Familienverhältnisse so schreiben.

zugehen. Er fand den Ort, wo der mysteriöse Brief aufgegeben war, und auf dem dortigen Postamt als Poste-restante-Sachen die beiden nicht abgeholten Briefe aus Deutschland. Es stellte sich heraus, daß der Briefschreiber bei einem Farmer einige Zeit gearbeitet hatte, dann aber, ohne Adresse zu hinterlassen, weiter gewandert war. Nunmehr wurde ein Detektiv mit der Auffindung des Mannes beauftragt, und dieser Landsmann Sherlok Holmes' entledigte sich seines Auftrags innerhalb weniger Wochen mit dem gewünschten Erfolg: K. St. wurde auf einer Farm in Texas entdeckt.

Das Wiedersehen des in St. Louis lebenden Bruders mit dem solange verschollen gewesenen K. entbehrt nicht einiger Tragik, denn ein körperliches Wiedererkennen erwies sich als unmöglich und in geistiger Hinsicht stellte der Wiedergefundene eine völlige Ruine dar. Große Erinnerungsdefekte erzeugten anfänglich immer wieder den Verdacht, es mit einem Pseudobruder zu tun zu haben. Auch war sein Ideenkreis ein recht kleiner, bezog sich fast nur auf täglichen Erwerb und innerpolitische Verhältnisse der Vereinigten Staaten. Einige Einzelheiten aus der gemeinsamen Kinderzeit waren aber doch haften geblieben und brachten endlich mit Sicherheit die Überzeugung von der Identität des Mannes mit K. St. Die ethisch gebotenen pekuniären Konsequenzen wurden gezogen, obwohl dem Wiedergefundenen offensichtlich jede Absicht eines einzustreichenden Gewinnes fernlag.

Der sehr derangiert aussehende, nunmehr 62 jährige Mann wurde neu gekleidet, nach St. Louis gebracht und dann, da er durchaus nach Texas verlangte, wo er das Klima besser vertrage und auch Gelegenheit zur landwirtschaftlichen Arbeit fände, mit einem kleinen Landgut ausgestattet, dessen Ertrag nebst dem fortan ihm regelmäßig gesandten Geldzuschuß seitens der Geschwister ihn ernährte und bis an sein Lebensende genährt hat.

Uns Irrenärzte interessiert nun noch hauptsächlich sein geistiges Verhalten nach seiner Wiederauffindung. Ich erwähnte schon, daß seine Interessen dem Milieu entsprechend, in welchem er sich jahrelang bewegt hatte, vornehmlich auf die innere Politik des Landes gerichtet waren. Dementsprechend vollzog sich die Exploration auch so, daß der inquirierende Bruder z. B. fragte: „Wo warst Du, als Abraham Lincoln ermordet wurde?" „Was triebst Du, als man die Reste der Sir John Franklinschen Nordpolexpedition fand?" etc. So wurde ein dürftiger Lebensabriß notdürftig rekonstruiert. Aus jener Zeit des plötzlichen Verschwindens weiß K. St. nur anzugeben, daß er an einem sehr heißen Sommertage, als er mit Feldarbeit beschäftigt war, erkrankt sei und viele Stunden hinter einer Hecke bewußtlos gelegen habe. Hieraus zog der Bruder — vielleicht nicht mit Unrecht — den Schluß, K. St. habe damals einen Sonnenstich bekommen, und hiernach habe sich dann eine dauernde erhöhte geistige Schwäche entwickelt. Die psychologische Erklärung des an den Pastoren zu St. . . gerichteten Briefes ergab sich durch Nachfrage bei dem damaligen Arbeitgeber, der seinem neuen Arbeiter, dem er vielleicht einstmalige bessere Tage ansah, persönliches Interesse entgegenbrachte, ihn ausforschte und so erfuhr, daß dieser in jungen Jahren ausgewanderte deutsche Landsmann seit Jahrzehnten außer Konnex mit den leiblichen nahen Verwandten stehe. Er war es dann, der den Weg angab, wie K. St. wieder zu Nachrichten von Eltern und Geschwistern gelangen könnte, und der ihm vielleicht durch recht eindringliches Zureden, wenn nicht gar Diktat, die Feder in die Hand drückte.

Verfasser dieser Arbeit hat den K. St. nie gesehen oder gesprochen. Wir haben also einen Fall vor uns, der in echt moderner Weise nachträglich aus Schriften und Überlieferungen psychiatrisch diagnostiziert wird. Der geistige Defektzustand nach dem Wiederauffinden darf aber wohl als zweifellos gelten; dafür zeugen seine nunmehrigen Briefe an die in Deutschland lebenden Geschwister und ferner das Zeugnis seines hochintelligenten amerikanischen Bruders, der in Deutschland zum Dr. phil. promoviert Lehrer und Dozent an der High-School zu St. Louis war. Es fragt sich nun, woher stammte dieser Defektzustand. Für Paranoia sprechen keinerlei Wahnideen, die Dementia senilis würde progredienter ausgesehen haben und auch das 37 jährige Schweigen nicht erklären, epileptische Anfälle sind nicht beobachtet worden. Ein allerdings psychiatrisch nicht vorgebildeter Arzt der Familie, Sanitätsrat Dr. St. . . in St. . . ., Bruder des Patienten, neigt der Ansicht zu, daß „die Verblödung nicht langsam und in Schüben eingetreten ist, sondern nach jenem vermuteten Sonnenstich sofort völlig ausgebildet war; anderenfalls hätte K. doch sicher bald nach jener Zeit von sich hören lassen". Verfasser ist anderer Ansicht. Die psychiatrische Erfahrung lehrt, daß plötzliche Verblödungen etwas sehr Seltenes sind, daß sie erst nach längerer Verwirrung oder häufigen Erregungszuständen sich herausbilden. Da nun keinerlei Anzeichen für eine zeitweilige Internierung in einer Anstalt oder in sonstigem Gewahrsam vorhanden sind, so muß sich an die anfängliche erhebliche Bewußtseinstrübung eine chronische Demenz angeschlossen haben, die

nur sehr langsame Fortschritte machte, so daß der wahrhaftig unter den damaligen Umständen nicht leichte Kampf ums Dasein notdürftig fortgesetzt werden konnte. Es mag dem Ärmsten manchmal schlecht genug gegangen sein, zumal eine retrograde Amnesie — die ich aus dem Instichlassen der Habseligkeiten und dem Nichtabholen der Elternbriefe schließe — jenen Kampf erschwerte. Aber er hat sich durchgesetzt und sein Leben zu fristen vermocht. Nun rät Kraepelin zu großer Vorsicht in der Beurteilung, wenn psychische Erkrankungen auf Sonnenstich zurückgeführt werden, denn in der Regel hinterließe der letztere keine dauernden psychischen Schädigungen. Doch erklärt Ziehen die Wirkungsweise der „kalorischen Schädlichkeiten", zu denen er die Insolation ausdrücklich hinzurechnet, für noch nicht völlig aufgeklärt und spricht von der Möglichkeit anschließender chronisch verlaufender Psychose mit ungünstiger Prognose. Was heißt nun ungünstig? — Quoad vitam ist der Verlauf hier gut und quoad Anstaltsbedürftigkeit mindestens glimpflich gewesen. Ich möchte deshalb glauben, daß wir hier eine auf dem Boden leichter Imbezillität erwachsene heboide Erkrankung, ausgelöst durch die Insolation, vor uns haben von abnorm chronischen und langsamen, kaum merklichen Schüben und mit Stillstand zu einer Zeit, wo das geistige Kapital für den selbständigen Kampf ums Dasein noch eben hinreichte. Eine andere Erklärung wäre ein stürmischer und akuter Ausbruch mit dem üblichen Symptomenkomplex der Insolation (Bewußtseinstrübung, Krämpfe, Erregungszustand, retrograde Amnesie), mehrmonatlicher Aufenthalt in Anstalt oder barmherziger Familie und daraus resultierend die Demenz.

K. St. starb 1902 in geistig unverändertem Zustand. Ansprüche an das ihm entgangene elterliche Erbteil hat er nie gemacht. Als Todesursache wird Lungenentzündung vermutet. —

Aus vorstehendem ergibt sich die psychiatrisch interessante Tatsache, daß es psychische Erkrankungen gibt — gleichgiltig ob wir hier eine traumatische Psychose oder eine leichte Pfropfhebephrenie annehmen —, die nicht nur das Verschollenwerden eines Menschen zur Folge haben können, sondern die auch trotz bestehender Demenz unter Umständen Erinnerungen wieder wachwerden lassen können, die fast 40 Jahre zurückliegen. Juristisch aber beleuchtet warnt der Fall vor leichtsinniger Todeserklärung. Jedenfalls muß auch der Richter bei Todeserklärungen stets die Möglichkeit im Auge behalten, daß der Verschollene durch geistige Erkrankung untergetaucht ist. Die „Unbekannten", welche in mancher öffentlichen Irrenanstalt verpflegt und von Zeit zu Zeit im Anzeigenteil der illustrierten Blätter vom Staatsanwalt ausgeschrieben werden, um so ihre Herkunft zu ermitteln, unterstützen ja in gleicher Weise diese Mahnung. Nur selten aber gelingt es, nach Jahrzehnten noch einen Geistigerkrankten wieder aufzufinden; deshalb habe ich vorstehenden Fall allgemeiner Kenntnisnahme zugänglich gemacht.

Mitteilungen.

— **Eine Geisteskranke im heißen Bad verbrüht.** Einen entsetzlichen Tod hat in der staatlichen Irrenanstalt Ettelbrück, Luxemburg, eine geisteskranke Frau erlitten. Dort tauchte eine 18jährige Wärterin eine Geisteskranke in ein heißes Bad. Die Unglückliche schrie aus Leibeskräften um Hilfe, die Wärterin glaubte jedoch, diese Schreie auf einen Wahnsinnsausbruch zurückführen zu müssen, und drückte die Geisteskranke um so tiefer ins Wasser. Die bedauernswerte Frau verbrühte entsetzlich. Sie starb unter großen Schmerzen nach einigen Stunden. Es scheint, daß die junge Wärterin aus Nachlässigkeit sich über den Wärmegrad des Wassers ungenügend orientiert hatte. (Berl. Tageblatt, 13. 4. 13.)

— **Ursächlicher Zusammenhang mit dem Tod bei Gewährung übermäßiger Mengen Alkohol an einen Trinker.** (Urteil des IV. Strafsenats des Reichsgerichts vom 17. Dezember 1912 4. D. 993/12.) Mitgeteilt vom Reichsgerichtsrat Dr. Lobe in Leipzig in dem Sächsischen Archiv für Rechtspflege 1913, S. 106.

Gründe:

Die Feststellungen des Urteils tragen die Anwendung des § 222 StGB. Insbesondere ist die Verursachung des Todes und die Verantwortung hierfür mit Recht dem Angeklagten zur Last gelegt worden. Daß L. an Alkoholvergiftung gestorben ist und diese eine Folge des Genusses der Mengen Alkohol war, die der Angeklagte ihm zu trinken gab, ist festgestellt. Der ursächliche Zusammenhang zwischen der Hingabe des Alkohols durch den Angeklagten und dem Genusse durch L. wird aber nicht dadurch ausgeschaltet, daß der Genuß auf einer eigenen Tätigkeit des L. beruhte und dieser hierbei noch nicht völlig unzurechnungsfähig war. Denn ohne die Hingabe des Alkohols seitens des Angeklagten würde vorliegendenfalls L. diese die Vergiftung herbeiführenden Mengen nicht zu sich genommen haben. Ohne den Angeklagten würde er überhaupt weder die Schankwirtschaft betreten, noch den Alkohol erhalten haben. Nachdem er aber durch den vom Angeklagten erhaltenen Alkohol bereits angetrunken war, benutzte dieser die von ihm erst erregte Gier nach weiterem Alkoholgenuß, die

nunmehr bei L. als früher dem Trunk Ergebener erwachte. Dann ist ihm diese Befriedigung unter bewußter Benutzung dieser Leidenschaft auch anzurechnen, selbst wenn L. noch nicht völlig unzurechnungsfähig geworden war und auch ihm die durch die Leidenschaft bewirkte Annahme des dargebotenen Alkohols noch zugerechnet werden müßte. Daß der Angeklagte die Folgen seines mit Recht als leichtsinnig gewürdigten Tuns voraussehen konnte und mußte, weil ihm die Kenntnis der Schädlichkeit übermäßigen Alkoholgenusses innewohnte, hat das Gericht ebenfalls angenommen, und das ist eine Feststellung, die auf tatsächlichem Gebiete liegt.

— Für die **Schaffung eines preußischen Irrengesetzes** sind im Ministerium des Innern die Vorarbeiten eingeleitet worden. Zunächst werden von einer Reihe von bedeutenden Irrenärzten, Leitern von Irrenanstalten und von den Provinzialbehörden Gutachten eingefordert werden, um die Grenzen für ein Eingreifen des Staates auf diesem Gebiete festzulegen. Es handelt sich um die Regelung schwieriger Fragen, hauptsächlich darum, ob der Staat die Behandlung geisteskranker Verbrecher übernehmen soll und die Kommunen entlastet werden sollen. Die Regierung geht mit der Absicht um, diese Fürsorge den Provinzen aufzubürden. In welcher Weise dies zu geschehen hat, wird im Laufe der Verhandlungen festzustellen sein. Ob der Entwurf dem Landtage bereits in der nächsten Session zugehen wird, ist noch ungewiß. (Berliner Börsen-Zeitung, 6. Mai 1913.)

— **Gesellschaft Deutscher Nervenärzte.** Die diesjährige VII. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte wird vom 29. September bis 1. Oktober (mit Empfangsabend am 28. September) in Breslau abgehalten werden. Die Referatthemata sind: I. Über die Abbauvorgänge im Nervensystem. Referent: Alzheimer (Breslau). II. Röntgenologie in ihrer Beziehung zur Neurologie. Ref.: A. Schüller (Wien). Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen für diese Versammlung sowie von etwaigen der Versammlung zu unterbreitenden Anträgen werden bis spätestens den 5. Juli an den I. Schriftführer, Dr. Karl Mendel, Berlin W., Augsburgerstr. 43, erbeten.

Referate.

— Laurent, Dr., Rouen: Quelques mots sur l'arrièration mentale. Normandie Medicale, Juni 1909.

Verf., der sich eifrig mit den zurückgebliebenen Kindern beschäftigt, bringt in diesen Zeilen mannigfache Vorschläge zur körperlichen und geistigen Hebung derartiger Individuen (Hilfsschule, körperliche Ausbildung etc.) und schildert treffend die Ursachen des Zurückbleibens und die verschiedenen klinischen Symptome; auch auf die histologisch oft anzutreffenden unentwickelten Gehirne geht er ein.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Hinnerk, Otto: Ehrwürden Trimborius, Komödie in 5 Akten. Verlag Baro & Binder, Wien I. 1911.

In dieser Komödie schildert Verf. einen Menschen, dessen Seele den lebhaften Wunsch nach Höherem, Besserem hat, der trotz aller Betrügereien und allen Komödiantentums im allgemeinen doch ein anständiger Kerl geblieben ist, aber infolge falscher Wege nicht zum Ziel kommt. Mit Geschick führt uns Verf., der von Beruf Psychiater ist und sich hier eines Pseudonyms bedient, einen geistesschwachen Lehrer vor und den vor Angst und Seelenpein halluzinierenden Helden des Stückes, auch zeigt er uns treffend, wieweit engherzige, orthodoxe Anschauungen zu gehen vermögen. Die Komödie ist leicht und ansprechend geschrieben. Kürbitz-Sonnenstein.

— Bechterew: Die Funktionen der Nervenzentra. Deutsch übersetzt von Weinberg. 3. Heft: Die Hemisphären des Großhirns, mit 218 Abbildungen. Jena, Fischer, 1911. 710 S.

Mit diesem 3. Bande (fälschlich „Heft" genannt) ist das große über 2000 Seiten umfassende Werk Bechterews abgeschlossen. Dieser 3. Band ist der interessanteste, da er sich speziell mit den Hirnlokalisationen abgibt. Kein Lebender hat wohl so viele Experimente am Gehirn gemacht, wie Verf. und seine Schüler. Außerordentlich klar, an der Hand vieler guten Abbildungen werden die komplizierten Verhältnisse dargelegt, auch durch viele eigene und fremde klinische Beobachtungen unterstützt. Ganz brillant ist die schwierige Aphasielehre dargelegt. Bechterew hält das Stirnhirn am Intellekt stark beteiligt Er hält an kortikalen Schweißzentren fest. Die Übersetzung von Weinberg liest sich sehr gut. Näcke.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Göttingen.** Dem Oberarzt Dr. Quaet-Faslem ist vom 1. April dieses Jahres ab vom Hannov. Provinz.-Landtag die selbständige Leitung des Nervensanatoriums „Rasemühle" der Provinz Hannover übertragen.

— **Wien-Döbling.** Dem Primararzt an Prof. H. Obersteiner's Anstalt, Dr. Julius Krueg, wurde von Sr. Maj. dem Kaiser von Österreich der Titel eines Medizinalrates verliehen.

— **Dösen.** An der Anstalt Leipzig-Dösen ist eine neue Arztstelle geschaffen und mit dem 1. Juli dem Privatdozenten Dr. Gregor, jetzt Oberarzt an der Psychiatrischen Klinik zu Leipzig, übertragen worden.

— **Landes-Heil- und Pflegeanstalt bei Gießen.** Der seitherige Assistenzarzt Dr. Gerhard Müller aus Pless ist am 30. April d. J. ausgetreten und Herr Wilhelm Spohr, praktischer Arzt aus Neukirchen, am 1. Mai als Assistenzarzt eingetreten.

Therapeutisches.

Ueber Adalin. Dr. K. Tiling, Assistenzarzt (aus der II. inneren Abteilung, Prof. Dr. Zinn, des städtischen Krankenhauses Moabit in Berlin), schreibt über dieses Mittel (Therapeutische Monatshefte 1912, Nr. 10):

Auch wir wandten das Adalin dort an, wo schwachwirkende Schlaf- und Beruhigungsmittel versagten, die stark

wirksamen hingegen zu meiden waren. Und hier hat sich uns in der Tat gezeigt, daß das Adalin geeignet ist, jene große Lücke mit auszufüllen. Ihm fehlen die lästigen Nachwirkungen, auf die der Arzt bei Darreichung der gebräuchlichen Schlafmittel stets gefaßt sein mußte. Bei Adalin sahen wir niemals Nebenwirkungen an der Haut oder am Atmungs-, Zirkulations-, Harn-, Verdauungsapparat, am Nervensystem und den Sinnesorganen. Frisch und ohne jeden Kopfdruck erwachten die Kranken aus dem Schlaf.

Es ist bereits viel Günstiges über die Wirkung des Adalins bei neurasthenischen Beschwerden und auch bei organischen Erkrankungen des Gefäßsystems berichtet worden. Wir möchten hier noch besonders seine erfolgreiche Anwendung bei Zuständen dekompensierter Herztätigkeit betonen.

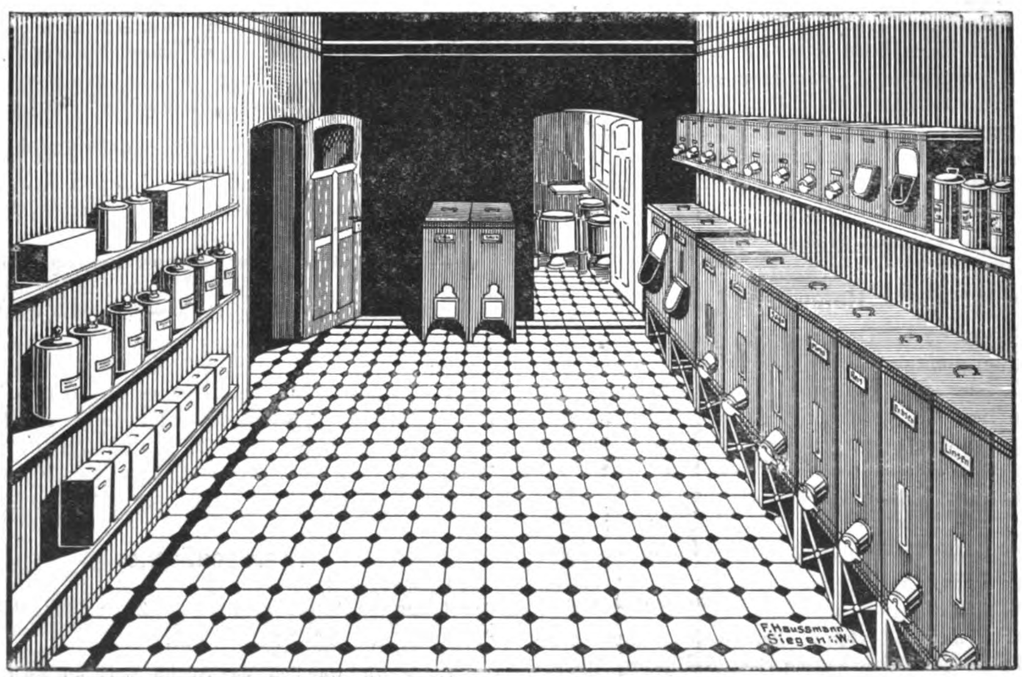
Auch ohne Anwendung von Opiaten konnten solche Kranke wochenlang in subjektiv erträglichem Zustande erhalten werden. Desgleich möchten wir die günstige Einwirkung des Mittels auf Reizzustände des Respirationsapparates ausdrücklich hervorheben, weil auf diesen Punkt scheinbar wenig geachtet worden ist. Bei nicht zu weit vorgeschrittenem Lungenemphysem, bei leichterem bronchialen Asthma folgte nach Adalingaben von 0,5 — 1,0 Beruhigung der Atmung und Nachlaß des Hustenreizes. Auch in manchen Fällen von Lungentuberkulose trat freiere Atmung, ruhiger Schlaf ein, und es erwies sich eben dort als nützlich, wo die Dauer des Zustandes, die günstige Prognose oder das Alter des Kranken die Anwendung starker Narkotika unerwünscht sein ließ. Schärfere Präzisierung und Indikationsstellung führten zu erfreulichen und zuverlässigen Resultaten, so daß wir dem Adalin jetzt ein umfassendes Anwendungsgebiet und meist zuverlässige Wirkung zusprechen müssen.

Anstaltstechnisches.

— Zur hygienisch einwandfreien **Aufbewahrung von Lebensmitteln**, die in größeren Mengen vorrätig gehalten werden, wie gebrannter Kaffee, Tee, Kakao, Reis, Gries, Mehl, Graupen, Gerste, Hafergrütze, Paniermehl, Sago, Streuzucker, Bandnudeln, Dörrobst, Erbsen, Linsen, Bohnen usw. eignen sich besonders die gesetzlich geschützten vierkantigen **Vorratsbehälter** der Firma Aug. Kind, Weidenau a. d. Sieg, Westfalen, mit trichterförmigem Boden, unten angebrachtem Auslaufrohr, sicherem Verschluß und Luftzirkulation im Innern des Behälters. Dadurch, daß die Entleerung nicht von oben erfolgt, sondern durch



das Auslaufrohr am Boden, wird bewirkt, daß die zu unterst befindliche Ware zuerst verbraucht, außerdem der gesamte Inhalt des Behälters in Bewegung gesetzt und die Ware stets in frischer Qualität entnommen wird, ferner daß dieselbe nicht beschmutzt wird. Dem Verderben der Ware durch Feuchtigkeit und schlechte Luft und dem Einnisten von Ungeziefer wird vorgebeugt. Für gebrannten Kaffee werden Behälter ohne Luftzirkulation und ohne Luftlöcher geliefert. Die Behälter sind aus Siegener



Schwarz- und Weißblechen gefertigt, sie werden in den verschiedensten Größen und Arten, auch mit Inhalts-Skala versehen, hergestellt. Sie haben sich z. B. in der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Eglfing bei München, der städt. Irrenanstalt zu Frankfurt a. M., der Staatsirrenanstalt in Lübeck, der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Nietleben als außerordentlich praktisch bewährt. Auch für andere Waren, Kolonialwaren, Öle, Essig, Essenzen werden von derselben Firma praktische Behälter fabriziert; ferner Reibmaschinen, Gewürzmühlen, Aufschnitt-Schneidemaschinen, Käsehobel, Brotschneidemaschinen, Eismaschinen, Eisschränke etc.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

In der Brandenburgischen Landesirrenanstalt zu Teupitz (Kreis Teltow) ist zum 1. Juli ds. Js. die Stelle einer

Oberwärterin

zu besetzen. Pensionsfähiges Gehalt 1500 bis 2100 M. Meldungen mit Lebenslauf und Photographie nimmt entgegen

Der Direktor.

An der Provinzialheilanstalt bei **Ueckermünde** ist sogleich eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Gehalt 1800 bis 3000 M. (jährlich um 200 M. steigend) und freie Station I. Klasse. Bei Bewährung nach 3 Jahren Beförderung zum Oberarzt. (Gehalt 3600 bis 7200 M., freie Familienwohnung mit Heizung, Erleuchtung und Garten sowie Arznei.) Auf die pensionsfähige Dienstzeit und auf das Besoldungsdienstalter als Assistenzarzt sowie auf die Wartezeit zum Oberarzt kann frühere ärztliche Dienstzeit angerechnet werden.

Meldungen mit Zeugnissen und selbstgeschriebenem Lebenslauf an die Direktion.

Die Bewerbungen vor kurzer Zeit approbierter Ärzte erhalten den Vorzug.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von

Oberarzt Dr. Joh. Bresler,

Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.

Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 7. 17. Mai 1913/14.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Zur Psychogenese epileptischer Erscheinungen. Von Oberarzt Dr. Gg. Lomer. (S. 81.) — Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. XII. Von Privatdozent Dr. W. Vorkastner, Greifswalde. (Schluß.) (S. 84.) — Nochmals die Gebühren für Vorbesuche bei schriftlichen Gutachten. Von Prof. Raecke, Frankfurt a. M. (S. 85.) — Mitteilungen (S. 89): Deutscher Verein für Psychiatrie. Schleswig-Holstein. Pommern. Posen. — Referate (S. 89). — Personalnachrichten (S. 92). — Therapeutisches (S. 92).

Zur Psychogenese epileptischer Erscheinungen.

Von Oberarzt Dr. *Gg. Lomer.*

Die auffälligste Veränderung während epileptischer Zufälle erleidet zweifellos das Bewußtsein. Will man daher das Wesen der ersteren erfassen, muß man vor allem zunächst über Art und Natur des letzteren sich klar sein.

Das Bewußtsein ist bekanntlich nichts ein für allemal Feststehendes, sondern vielmehr ein innerhalb gewisser Grenzen wechselnder Zustand. Man kann es zweckmäßig mit einer Vibrationswelle vergleichen, die gewisse Hirnelemente ständig in Aktion hält und nur im tiefen Schlafzustand oder unter pathologischen Verhältnissen — wie Ohnmacht, Narkose, gewisse Vergiftungen — ganz zur Ruhe kommt. Zu den wichtigsten Aufgaben des wachen Bewußtseins gehört die Leitung und Kontrolle der Handlungen des Individuums. Handlungen aber setzen sich aus Bewegungen zusammen. Es muß demnach eine funktionelle, mechanische Verbindung des Bewußtseinsinhalts zur motorischen Zone bestehen. Eine Nervenbahn oder vielmehr eine Gruppe von Nervenbahnen, durch deren Vermittlung der Umsatz der sensuell-intellektuellen Kraft in Zweckbewegung erfolgt, sobald die Erregungswelle eine gewisse Triebstärke erreicht hat.

Dieser normale Bewegungsablauf erleidet nun eine Störung im Affekt. Jeder Affekt engt zunächst die Bewußtseinswelle ein und staut sie zugleich.

Er engt sie ein, das will sagen: das affektiv ergriffene Bewußtsein stellt sich auf einen geringeren Kreis geistiger Elemente ein, sein Umfang wird sozusagen kleiner. Mehr oder weniger wird der Gegenstand des Affekts zu seinem Hauptinhalt. Ein Mann, der in tausend Gedanken versunken seines Weges ging und sich plötzlich von einem Wagen, einem bissigen Hunde oder dergleichen bedroht sieht, wird seine tausend Gedanken fahren lassen und ausschließlich von der affektiven Vorstellung des Wagens, des Hundes eingenommen sein. Und wer eine große Freude erlebt, kann durch eine Art seelischen Zwanges eine Zeitlang an nichts anderes denken als an den Gegenstand eben dieser Freude. Ein großer Teil des Bewußtseinsinhalts wird also einfach eliminiert.

Aber der Affekt staut zugleich die Bewußtseinswelle. Das will sagen: Die aus dem Ruhestand aufgescheuchte, affektiv gereizte Welle vibriert, soweit es die Affektvorstellung angeht, mit gesteigerter Lebhaftigkeit. Mit anderen Worten: was sie an Extensität verliert, gewinnt sie an Intensität. Die Affektvorstellung, das weiß jeder, beherrscht den Menschen mit ganz anderer Souveränität als irgendeine gleichgiltige.

Und auch die mechanische Folgeerscheinung ist bekannt: Die Erregungswelle sucht mit gesteigerter Kraft den Abfluß ins Motorische und wird in diesem Drange nicht in dem Maße von hemmenden und ordnenden Vorstellungen geleitet, als unter normalen Verhältnissen. Der affektiv erregte Mensch neigt zu allerlei Bewegungen, Gebärden, Handlungen, die eine Zweckhaftigkeit im engeren Sinne nicht erkennen lassen. Er lacht, läuft umher, schlägt sich auf die Schenkel, stellt alles mögliche Unsinnige an — im heiteren Affekt. Er ballt die Faust, zertrümmert Gegenstände — im Zorn. Er vergießt Tränen*), stöhnt, ringt die Hände, rauft sich das Haar, — im traurigen Affekt.

*) Hier würde es sich also um einen Abfluß ins Sekretorisch-Motorische handeln.

Soweit hier von einer Zweckhaftigkeit überhaupt die Rede sein kann, ist sie lediglich in der durch Abfluß der Erregungswellen geschaffenen Erleichterung zu suchen. Es ist ja auch bekannt, daß Affekte umso schädigender, ruinöser auf das Seelenleben wirken, je weniger sie sich nach außen entladen, austoben. Der Schmerz, der sich in Tränen, der Zorn, der sich in Szenen äußerte, hat damit in der Regel seine Krisis überschritten. —

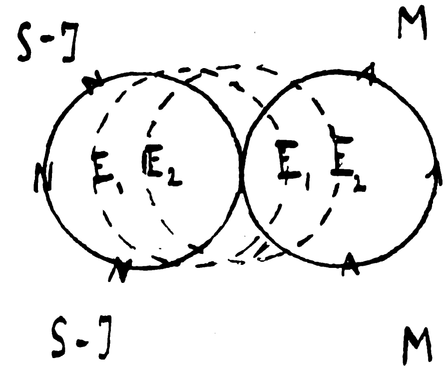
Um nun, nach diesen Vorbemerkungen, die Brücke zum Verständnis epileptischer · Erscheinungen zu finden, sei kurz auf ihre ätiologischen Vorbedingungen eingegangen.

Eine Hauptrolle spielt hier, wie bekannt, der Alkoholismus der Aszendenz. Zunächst also ein paar Worte über das Wesen der Alkoholvergiftung. Unleugbar hat der Berauschte schon äußerlich eine gewisse Ähnlichkeit mit dem affektiv Erregten. Leidenschaft und Rausch bieten mehr als nur einen Vergleichspunkt. Beim leidenschaftlich Erregten wie beim Berauschten ist die Peripherie des Bewußtseins — um ein treffendes Bild zu gebrauchen — bis zu gewissem Grade abgeblendet und das Bewußtsein im ganzen eingeengt. Bei beiden ist die Aufmerksamkeit für eine Anzahl äußerer Eindrücke, die der Ungetrübte ohne weiteres wahrnimmt und verarbeitet, merklich herabgesetzt, womit u. a. die Tatsache erklärt ist, daß seelisch auf einen Punkt Konzentrierte und Berauschte so auffallend leicht verunglücken.

Aber diese Ähnlichkeit, die sicher keine zufällige ist, geht noch weiter. Sie erstreckt sich auch auf die motorischen Folgeerscheinungen. Wie beim affektiv Erregten, so ist auch beim Alkoholisierten der Weg ins Motorische abgekürzt. Sein Mienen- und Gebärdenspiel ist lebhafter, aufgeregter, zappeliger. Seine Handlungen erfolgen leichter und rascher; zugleich aber — durch Ausschaltung eines beträchtlichen Bewußtseinsteils — ungehemmter und unbedachter. Dafür wird der eigene Körper, die eigene Persönlichkeit stärker betont, das heißt lustvoll (euphorisch) empfunden.

Beide Momente vereint erzeugen dann alle jene abnormen Dinge in Wort und Tat, die auch dem Laien bekannt sind. Die alkoholische Ätiologie sehr vieler auffälliger Handlungen ist ja nicht neu.

Die psychomechanische Erklärung aller dieser Vorgänge aber liegt auch hier in der Stauung der Bewußtseinswelle, die — koste es, was es wolle — nach einer Abflußbahn, einem Ventil sucht und dieses bei leichteren Fällen in „animierten" Reden, „besoffenen" Streichen, phantastischen Wanderungen, Unternehmungen usw., bei schwereren in Sachbeschädigungen, Gewalttätigkeiten, Delikten und Verbrechen, und bei den schwersten*) in — epileptischen Zuständen mannigfacher Art findet. Diese Zustände variieren von abnormen, aber immer noch koordinierten Handlungen bis zu den eigentlichen, mit völliger Bewußtlosigkeit einhergehenden epileptischen Anfällen. Ist bei den leichteren Zuständen dieser Art, z. B. bei den erwähnten „Streichen" noch eine gewisse, wenn auch minderwertige Zweckhaftigkeit nachweisbar, so verliert diese sich bei den planlosen Wanderungen im Rausche, verkehrt sich bei Vergehen und Verbrechen ins Antisoziale, um schließlich in den Konvulsionen des entwickelten Anfalls gänzlich zu erlöschen. Hier ist die aufgestaute Welle so stark, daß sie alle Hemmungen und Isolierdämme überflutet und, während die eigentlichen Hirnelemente des Bewußtseins sozusagen tot liegen, sich in toto ins Chaos sinnlosester Muskelzuckungen löst. In diese Zuckungen transformiert sich also das Bewußtsein selbst. (Vgl. das Schema.)



Ein durch den Berührungspunkt der Kreise A und N gelegte Vertikale veranschaulicht den Übergang aus der sensuell-intellektuellen Hirnzone (S-I) in die motorische (M).

Das Normalbewußtsein (Kreis N) ist nur ein Ausschnitt aus der ersteren; es sendet nur hie und da Ausläufer nach M.

E_1 = leichte Einengung (leichter Rausch, Affekt).

E_2 = starke Einengung (schwerer Rausch, pathologischer Affekt, gewisse epileptische Äquivalente).

A = völliger Abfluß der Welle ins Motorische (Anfall).

Mechanisch verstanden, kann es sich bei diesem alarmierenden Vorgange, nämlich dem Anfall, allein um eine Lähmung, Schwächung oder zeitweilige Ausschaltung der die Verbindung Bewußtsein: motorische Zone vermittelnden Hirnelemente handeln.

*) physiologisch verstanden.

Diese Verbindungselemente, diese wichtigen Hirnbahnen können im schweren Alkoholismus derart ausgeschliffen werden, daß sie der gestauten Triebwelle nicht mehr den erforderlichen und gewohnten Widerstand zu leisten vermögen. Es ist nicht anders, als wenn der elektrische Strom seine Isolierungen durchbrennt und verheerend und zündend in fremde Gebiete bricht.

Wie wir uns diese Ausgeschliffenheit, diesen erworbenen geringeren Widerstand der Übergangsbahnen im engeren Sinne zu denken haben, steht vorläufig dahin. Vielleicht handelt es sich, der Hauptsache nach, um eine mehr oder weniger lokale Gefäßerscheinung, wie denn auch Binswanger,*) auf Grund der Untersuchungen von Tenner und Kußmaul, eine „Erregung der vasomotorischen Nerven bezw. deren Zentrum in der Medulla oblongata" für höchstwahrscheinlich hält, wodurch sekundär Anämie der Großhirnrinde und der „excitomotorischen" Teile des Mittelhirns hervorgerufen würden. Oder wir haben die Grundlage des ganzen Erscheinungskomplexes im Sinne einer Vergiftung zu verstehen; einer chemisch-physikalischen Substanzänderung, die in leichteren Fällen reparabel bleibt, in schweren aber zur dauernden Läsion wird.

Möglicherweise liegt auch eine Kombination, ein Zusammenwirken beider Ursachen vor, und das hat viel Wahrscheinlichkeit. Dann wäre etwa der eigentliche Angriffspunkt des Epilepsieauslösenden Moments in einem durch Giftwirkung veränderten Vasomotorenzentrum im Cortex oder Subcortex zu suchen, das erst seinerseits, durch veränderte Funktion, gewisse Bahnwiderstände ausschaltet. Wir wissen ja, wie verschieden die Organe arbeiten, je nach dem Grade ihrer Durchblutung. —

Diese eigentümliche Läsion, die übrigens auch durch andere Gifte, z. B. das Syphilisvirus, gesetzt werden kann,**) in allen ihren Varietäten und Abstufungen, ist nun nach unseren bisherigen Erfahrungen ganz exquisit erblich. Erblich mit all ihren klinischen Folgeerscheinungen, von denen wir oben ein paar markante herausgegriffen haben. Je schwerer die Läsion, umso schwerer werden auch ihre Folgen sein und umso geringer der Reiz, dessen es zu ihrer Auslösung bedarf. Davon nachher weiteres.

In der Tat finden wir beim Epileptiker ganz dieselben Erscheinungsgruppen wieder, wie schon beim Alkoholiker, nur reiner in der Form, ausgeprägter, sozusagen entwickelter. Da sind die eigentümlichen, als „Dämmerzustände" bezeichneten Bewußtseinsveränderungen, die dem alkoholischen Rauschzustand entsprechen. Da ist die epileptische Poriomanie. Da die Neigung zur Gewalttätigkeit, zu Exzessen aller Art. Und da sind endlich — als Gipfel des Pathologischen — die epileptischen Anfälle selbst, in denen die gestaute Welle, oft nach tastendem Suchen in gewissen Sinnesgebieten (Aura!), ihren endgiltigen Abfluß findet. —

Sprachen wir vorhin von der ausgesprochenen Erblichkeit der alledem zu Grunde liegenden Hirnläsion, so ist das nun aber nicht so zu verstehen, daß bei den betreffenden erblich belasteten Individuen die epileptischen Erscheinungen, einerlei welcher Art, sozusagen spontan auftreten. Immer bedarf es dazu erst eines gewissen Anstoßes. Nur braucht dieser — und darin eben kommt die unheilvoll veränderte Beschaffenheit der erwähnten Hirnbahnen zum Ausdruck — weit schwächer zu sein, als bei dem ersterkrankten Aszendenten. So ist die ungeheuere Gefährlichkeit des Alkohols gerade für den Epileptiker bekannt. Schon kleinste Mengen des Giftes können den Anfall auslösen. Dies gilt auch bezüglich des Affekts. Wir wissen ja, wie sehr affektive Erregungen beim Zustandekommen schon der ersten Anfälle mitwirken können. Oft wird der äußere Beginn des Leidens von einer heftigen Gemütsbewegung, einem Schreck, einer Enttäuschung, einer stark packenden Aufregung hergeleitet.

Das wiederholt sich bei den erblichen Fällen. Nur daß hier ein weit schwächerer Anlaß genügt. Der klinische Beobachter weiß, welche Rolle beim Zustandekommen epileptischer Anfälle auch schon geringfügige Affekte spielen. Gerade unmittelbar vor dem Anfall pflegt, wie der Augenschein lehrt, die affektive Reizbarkeit der Patienten merklich erhöht zu sein. Sie sind dann zornmütiger und erregbarer, gewalttätiger, neidischer und boshafter als sonst. Erst der Anfall schafft ihnen und der Umgebung Ruhe. Die gemütliche Reizbarkeit ist also das Primäre, der Anfall erst sekundär. Wollen wir über die Psychogenese des Anfalls erschöpfende Klarheit, so bleibt demnach festzustellen, von welchen Momenten denn das Auftreten jener epileptischen Reizbarkeit, die dann erst ihrerseits zur epileptischen Attacke führt, abhängig ist.

Derartige Momente, und zwar solche äußerer Art, festzustellen, ist mir nun vor einigen Jahren gelungen,

*) In seinem Buch „Die Epilepsie".

**) Vgl. die nicht ganz seltene Spätepilepsie der Luiker.

und ich habe darüber der psychiatrischen Öffentlichkeit berichtet.*)

In zwei — im ganzen 27 Fälle umfassenden — Arbeiten kam ich zu dem Schluß, daß „das Einsetzen eines barometrischen Anstiegs oder Abfalls mit großer Regelmäßigkeit mit einem Steigen der Anfallsziffer verbunden" war, während andererseits diese Ziffer sofort sank, sobald die Luftdruckkurve sich zeitweilig auf etwa gleicher Höhe hielt.

Das sind sicher Ergebnisse nicht ganz gleichgiltiger Art, die inzwischen von anderer Seite — nämlich von Halbey-Ückermünde*) — nachgeprüft und bestätigt worden sind.

*) Witterungseinflüsse bei 7 Epileptischen. Arch. f. Psychiatrie, B. 41, H. 3, und Über Witterungseinflüsse bei 20 Epileptischen, ebenda, Bd. 42, H. 3.

*) Vgl. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie usw., 1910, Bd. 67, S. 252 ff. (Schluß folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. XII.

Aus der Literatur des Jahres 1912 zusammengestellt.

Von Privatdozent Dr. *W. Vorkastner*, Oberarzt an der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.

(Schluß.)

VI. Versicherungsrecht.

Verlangt der Unfallversicherer die Herabsetzung der Rente wegen der Besserung der Gesundheitsverhältnisse, so trifft ihn die Beweislast, und zwar auch dann, wenn die frühere Rentenfestsetzung nur eine vorläufige war.

Durch die Festsetzung einer Rente für voraussichtlich dauernde Minderung der Erwerbsfähigkeit ist eine dieser Zahlungspflicht entsprechende Forderung des Klägers zur Entstehung gelangt, und wenn die Beklagte jetzt behauptet, daß diese Forderung, also der Anspruch auf eine lebenslängliche Rente von dieser Höhe wieder erloschen sei, so muß sie nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen dieses Erlöschen beweisen. Im Fall einer vertragsmäßigen Feststellung der Rente kann die Beweislast nicht anders bestimmt werden als im Falle einer Feststellung durch Urteil (§ 323 ZPO.). Zu dem gleichen Ergebnis müßte man gelangen, wenn im Hinblick auf den Ausdruck „vorerst" anzunehmen wäre, daß die Beklagte sich nur bedingt zur Ratenzahlung verpflichten wollte, nämlich unter der auflösenden Bedingung des Nichteintritts einer Besserung; auch in diesem Falle würde es Sache der Beklagten sein, den Eintritt einer Besserung zu beweisen, wenn sie sich auf Erfüllung der Bedingung berufen wollte. (RG. VII, 23. 1. 1912.)
D. R. Entsch. Nr. 947.

Wenn der Versicherte die Ärztekommission durch Vortäuschung von Krankheitserscheinungen an der Feststellung wirklicher Unfallsfolgen hindert, so kann die Gesellschaft die Entschädigung nicht schon lediglich aus diesem Grunde verweigern, sondern erst dann, wenn die Kommission das zu erstattende Gutachten abgegeben hat.

Daß die Kommission schon tätig war, ist nicht entscheidend; von rechtlicher Bedeutung wird ihre Tätigkeit erst, wenn sie die ihr gestellte Aufgabe vollendet und auf die ihr vorgelegten Fragen Antwort gegeben hat. Steht ihre Entscheidung noch aus, so kann die Beklagte dem die Entschädigung nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen fordernden Kläger die Einberufung der Kommission zur Vollendung ihrer erst begonnenen gutachtlichen Tätigkeit nicht verweigern. Ein abschließendes Gutachten der von der Beklagten einzuberufenden Kommission ist der Versicherte nach den Bedingungen zu beanspruchen berechtigt. Dieses Recht hat der Kläger nicht dadurch verloren, daß er die Kommission zu täuschen versucht hat. Die Kommission hat aus den Täuschungsversuchen nur die Folgerung gezogen, daß das ihr am Tage des Zusammentretens gezeigte Krankheitsbild sie verhindere, auf Grund dieser Untersuchung festzustellen, ob wirkliche Folgen des Unfalles bestehen. Weitere Konsequenzen aus den Täuschungsversuchen zu ziehen, steht auch der Beklagten nicht zu. Deshalb kann sie sich auch durch die Berufung auf § 242 BGB. von ihrer Vertragspflicht, die Ärztekommission endgültig entscheiden zu lassen, nicht befreien. (RG. VII, 15. 10. 1912.)
D. R. Entsch. Nr. 3499.

VII. Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige.

§ 2.

Ein Zeuge kann neben dem Ersatz für Stellvertretungskosten nicht noch dafür Entschädigung verlangen, daß sein Stellvertreter weniger intensiv gearbeitet habe, wie er es selber getan hätte. (Colmar, 24. 12. 1910.) Jahrb. pag. 213.

§ 3.

Ein Amtsarzt, der ein Gutachten auf Grund seiner Erfahrungen in seiner Privatpraxis abgibt, hat die gleichen Gebühren zu beanspruchen wie ein nicht beamteter Arzt. (Bay. OLG., 22. 10. 1910.)
Jahrb. pag. 213.

VIII. Gesetz betr. die Gebühren der Medizinalbeamten.

Ausführliche wissenschaftliche Ausführungen liegen nicht schon deshalb vor, weil die Erstattung des Gutachtens medizinische Kenntnisse voraussetzt oder weil es nach längerer Krankheitsbehandlung und mehrfachen Untersuchungen ausgestellt ist. (RMG. 24. 1. 1910.) Jahrb. pag. 401.

IX. Gewerbeordnung.

§ 30 GewO.

Für den Begriff einer Privatkrankenanstalt genügt schon die Aufnahme von Kranken in dazu bereite Räume auf eine gewisse Dauer, ohne daß sie darin nachtsüber beherbergt oder am Tage ununterbrochen anwesend zu sein brauchen; die Räume der Anstalt müssen nur den örtlichen Mittelpunkt bilden, wohin die Kranken stetig zurückkehren und wo ihre Lebensweise in Verbindung mit der anzuwendenden Heilmethode geregelt wird. Ob die Einrichtungen für die Heilbehandlung sich ganz oder zum Teil mit in den Zimmern, Gängen, auf den Gartenplätzen usw., wo die Kranken ihre Mahlzeiten einnehmen, sich vergnügen, unterhalten oder auf andere Weise ihrer Kur und Erholung obliegen, befinden und benutzt werden, ist gleichgiltig, namentlich dann, wenn meist der ganze Tageslauf der Kranken sich im Haus und Garten des Unternehmers und Leiters nach einer von seiner Anordnung abhängigen Kur abspielt und auch die Beköstigung nach bestimmten Grundsätzen (z. B. vegetarisch) von ihm bewirkt wird und als Hilfsfaktor programmäßig dient, also die Gesamtheit dieser Maßnahmen die Kur darstellt. (Dresden, 19. 8. 1910.) Jahrb. pag. 275.

X. Konkursordnung.

KO. 240.

Solange ein Minderjähriger ohne vormundschaftgerichtliche Genehmigung ein Handelsgewerbe betreibt, ist er rechtlich noch nicht als Kaufmann anzusehen. Sobald er aber die Genehmigung erhält oder volljährig wird, entsteht für ihn die Pflicht zur Bilanzziehung, Buchführung usw. (RG. III. 1. 5. 1911.)
D. R. Entsch. Nr. 356.

XI. Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit.

§ 12.

Der Jugendrichter darf seine im Strafverfahren angestellten Ermittlungen für das Fürsorgeverfahren benutzen. (KG., 25. 8. 1911.)
D. R. Entsch. Nr. 2362.

§ 57.

Gegen die Bestellung eines Pflegers aus § 1910 BGB. hat der nächste Verwandte und angebliche Vormund ein Beschwerderecht. (Colmar, 1. 2. 1911.)
D. R. Entsch. Nr. 2374.

§ 69.

Hat der Standesbeamte eine Eheschließung wegen Geisteskrankheit des einen Verlobten abgelehnt, so kann letzterer das Beschwerderecht nur durch einen Vormund ausüben, falls das Beschwerdegericht die Ansicht des Standesbeamten teilt.

Mag A. auch mit den ihm verbliebenen geistigen Fähigkeiten noch den Anforderungen des täglichen Lebens in einfachen Verhältnissen genügen, so muß doch nach dem Gesamtergebnisse der Gutachten angenommen werden, daß er infolge seiner Geistesschwäche (Dementia praecox) Angelegenheiten, die wie die Eheschließung nach ihrer rechtlichen und sittlichen Bedeutung eine höhere Intelligenz und ein reiferes Urteil erfordern, nicht zu besorgen vermag. Er ist daher infolge des seine freie Willensbestimmung ausschließenden Geisteszustandes in bezug auf diese Rechtsangelegenheit für geschäftsunfähig zu erachten und kann ohne Mitwirkung eines Vormundes oder gesetzlichen Vertreters das Beschwerderecht nicht ausüben. Eine wirksam eingelegte weitere Beschwerde liegt hiernach nicht vor. (Bay. OLG. 6. 10. 1911.)
D. R. Entsch. Nr. 282.

Nochmals die Gebühren für Vorbesuche bei schriftlichen Gutachten.

Von Prof. *Raecke*, Frankfurt a. M.

In Nr. 45 vor. Jgs. dieser Zeitschrift hatte Mönckemöller sich eingehend mit den bekannten Beschlüssen des Düsseldorfer Oberlandesgerichts beschäftigt, nach welchen Vorbesuche bei Erstattung eines schriftlichen Gutachtens nur dann vergütet werden sollten, wenn sie vom Anstaltsarzt

halb der Anstalt vorgenommen wären. Mönkemöller berichtete, daß auch ihm im Bezirke des Oberlandesgerichts Celle die Vorbesuche vom Untersuchungsrichter gestrichen worden seien, und daß er mit seiner Beschwerde keinen Erfolg gehabt habe. Andererseits habe kürzlich eine Entscheidung des Kgl. Landgerichts I Berlin (35. Zivilkammer) ausdrücklich die Berechtigung einer besonderen Vergütung für in der Wohnung vorgenommene Untersuchungen zugestanden. Sodann hat Weber-Chemnitz in Nummer 49 dieser Zeitschrift mitgeteilt, daß auch die Amtsgerichte Zellerfeld und Lehe für die Zulässigkeit einer Liquidation der Vorbesuche in der Wohnung des Arztes oder in der Anstalt sich ausgesprochen hätten.

Es dürfte nun für alle Anstaltsärzte von Interesse sein, zu erfahren, daß in Frankfurt a. M. in einer Strafsache sowohl Landgericht als Oberlandesgericht Beschlüsse in gleich günstigem Sinne gefaßt haben. Beide Urteile werden nachstehend abgedruckt:

1. Beschluß des Kgl. Landgerichts, Strafkammer II.

In der Untersuchungssache gegen den Tagelöhner K. F., in Frankfurt am Main in Untersuchungshaft, geboren am 1. Februar 1881 zu Neu Isenburg, ledig, vorbestraft, wegen Körperverletzung mit tödlichem Ausgang, wird die Rückeinnahmeanweisung nebst Zahlungsaufforderung vom 13. Dezember 1912 aufgehoben. Die Entscheidung ergeht gebührenfrei.

Gründe.

Dem Beschwerdeführer sind auf Grund der Vorschrift der Ziffer 17 und 3a des Gebührentarifs für Kreisärzte vom 14. Juli 1909, neben der nach Ziffer 13 dieses Tarifs zugebilligten Gebühr für die Anfertigung eines schriftlichen ausführlich begründeten Gutachtens, für drei Vorbesuche je drei Mark zugebilligt. Durch die angefochtene Verfügung ist die Rückerstattung dieser neun Mark von dem Beschwerdeführer mit der Begründung verlangt worden, daß der Beschwerdeführer „Vorbesuche“ im Sinne der Ziffer 17 des Tarifs nicht gemacht habe. Der Beschwerdeführer habe zugestandenermaßen den Patienten lediglich innerhalb der von dem Beschwerdeführer geleiteten Anstalt untersucht, diese Tätigkeit sei aber durch die nach Ziffer 13 des Tarifs zugebilligte Gebühr bereits abgegolten.

Die gegen diesen Bescheid gerichtete Beschwerde vom 23 Dezember 1912, auf deren Inhalt im übrigen Bezug genommen wird, ist nach § 17 der GO. für Zeugen und Sachverständige und § 346 StPO. zulässig, auch frist- und formgerecht eingelegt und begründet.

Die Ziffer 17 des Tarifs bestimmt in Absatz 1 Satz 2:

„sind zur Ausstellung des Gutachtens Vorbesuche erforderlich, so treten die Gebühren zu 3 hinzu“.

Die Ziffer 3 des Tarifs bestimmt:

„Untersuchung behufs Vorbereitung eines im Termin zu erstattenden Gutachtens:

a) wenn die Untersuchung in der Wohnung des Kreisarztes, oder falls dieser Anstaltsarzt ist, in der Anstalt stattfindet, 3 M.;
b) wenn die Untersuchung außerhalb der Wohnung oder Anstalt stattfindet, 5 M.

Hat sich der Kreisarzt im Falle zu b an Ort und Stelle begeben und kann die Untersuchung ohne sein Verschulden nicht stattfinden, so ist eine Gebühr von 3 M. in Ansatz zu bringen.“

Es ist nun in der Rechtsprechung die Ansicht vertreten worden (vergleiche Bureaublatt 1912, Seite 136—137), daß ein Arzt, der in seiner Anstalt zwecks Erstattung eines Gutachtens im Sinne der Ziffer 13 des Tarifs einen Patienten untersuche, damit einen „Vorbesuch“ im Sinne der Ziffer 17 des Tarifs nicht mache, mithin auch nicht die daselbst vorgesehene Gebühr nach Ziffer 3 des Tarifs liquidieren könne.

Dieser Ansicht konnte aber im vorliegenden Falle nicht beigetreten werden.

Allerdings spricht das Gesetz in Ziffer 17 des Tarifs nur von Vorbesuchen und der allgemeine Sprachgebrauch versteht unter ärztlichen Besuchen nur eine solche Tätigkeit des Arztes, zu deren Ausübung der Arzt den Kranken besonders hat aufsuchen müssen. Andererseits darf aber nicht verkannt werden, daß das Wesentliche eines ärztlichen Besuches nicht der Gang und der Aufenthalt bei dem Patienten, sondern die ärztliche Tätigkeit ist. Erscheint es schon unter diesem Gesichtspunkt bedenklich, den in Ziffer 17 des Tarifs gewählten Ausdruck „Vorbesuch“ wörtlich dahin zu interpretieren, daß der Arzt zwecks Vornahme des Vorbesuches die ihm zur Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit angewiesenen Räume und den Bereich seiner gewöhnlichen Dienstverrichtungen verlassen müsse, so ist auch eine solche Auslegung nach dem Inhalte des Gesetzes nicht begründet.

Die Ziffer 3 des Tarifs unterscheidet drei Fälle, in welchen der Arzt zur Liquidation der Gebühren berechtigt ist:

1. den Fall der Untersuchung in der Wohnung oder Anstalt des Arztes,
2. die Untersuchung außerhalb der Wohnung oder Anstalt,
3. den Fall des vergeblichen Ganges zu einer außerhalb der Wohnung oder Anstalt vorzunehmenden Untersuchung. Der Begriff des Besuches oder Vorbesuches wird an dieser Stelle des Gesetzes überhaupt nicht verwendet.

Auf die Ziffer 3 des Tarifs wird nun in der Ziffer 17 ohne jede Einschränkung verwiesen, während doch, falls der Gesetzgeber lediglich die Vergütung von außerhalb der Wohnung oder Anstalt vorgenommenen Untersuchungen im Auge gehabt hätte, eine Verweisung lediglich auf die Ziffer 3b des Tarifs zu erwarten gewesen wäre.

Spricht nun schon dieser Umstand dagegen, daß mit dem Worte Vorbesuch in der Ziffer 17 des Tarifs nur die Untersuchung im Sinne der Ziffer 3b des Tarifs verstanden werden soll, so führt auch die

andere Auslegung zu einem Resultat, das dem Sinn und Zweck der Vorschrift nicht gerecht wird. Denn da in der Ziffer 3 unterschieden wird, ob der Arzt eine Untersuchung vorgenommen hat oder nicht, indem dem Arzte für den Fall des vergeblichen Besuches allein 3 M. und in dem Falle eines mit einer Untersuchung verbundenen Besuches 5 M. zugebilligt werden, so ist damit klar zum Ausdruck gebracht, daß der Arzt gerade auch für seine untersuchende Tätigkeit entlohnt werden soll, nämlich neben der für den Weg gerechneten Gebühr von 3 Mark mit weiteren 2 Mark. Läßt aber das Gesetz neben der nach Ziffer 13 zu entlohnenden Tätigkeit für eine Untersuchung die Liquidation einer weiteren Gebühr überhaupt zu, so geht es nicht an, die Zubilligung dieser Gebühr allein von dem rein äußerlichen Moment des mit der Untersuchung verbundenen Besuches außerhalb der Anstalt oder Wohnung abhängig zu machen. Es ist anzunehmen, daß der durch die untersuchende Tätigkeit verursachte Aufwand an Zeit und Arbeitskraft im einen wie im anderen Falle durchschnittlich ein gleicher sein wird. Auch ist nicht einzusehen, warum im Falle des Erstattens eines schriftlichen Gutachtens eine mit dem Verlassen der Wohnung oder Anstalt verbundene Untersuchung als solche — abgesehen vom Wege — vergütungsfähig erscheint — nämlich neben der 3 M. betragenden Vergütung für den Weg mit weiteren 2 M. —, während für die gleiche Untersuchung, die im Zweifel, gerade weil sie in der Anstalt vorgenommen wird, zu einem zweckdienlicheren Resultat führen wird, eine besondere Vergütung nicht beansprucht werden darf.

Es ist auch darauf hinzuweisen, daß der die Erinnerung geltend machende Sachverständige mit Recht betont, daß Untersuchungen in der Anstalt wegen der dort vorhandenen instrumentalen Einrichtungen viel eingehender gemacht werden können und deshalb erheblich mühevoller und zeitraubender zu sein pflegen, als Besuche in der Wohnung des Patienten.

Schließlich ist noch zu berücksichtigen, daß die Entstehungsgeschichte der hier in Betracht kommenden Vorschrift mit der hier vertretenen Ansicht durchaus nicht im Widerspruch steht. Der Entwurf hatte zunächst vorgesehen, daß neben der Gebühr der Ziffer 13 eine weitere Vergütung dem Arzt nach Ziffer 3 nicht zugebilligt werden dürfe. Erst nachträglich hat man dann die Verweisung auf die Ziffer 3 des Tarifs in das Gesetz aufgenommen und damit doch prinzipiell ausgesprochen, daß neben der Gebühr der Ziffer 13 eine weitere Vergütung für ärztliche Tätigkeit zuzubilligen sei. Dafür daß diese Vergütung ausschließlich im Falle einer Untersuchung außerhalb der Wohnung oder Anstalt in Ansatz gebracht werden dürfe, ist somit auch aus der Entstehungsgeschichte des Gesetzes nichts zu folgern.

Danach war der Beschwerde unter Kostenfolge aus § 4 d. GKG. stattzugeben.

Frankfurt am Main, den 16. Januar 1913.

Königliches Landgericht, Strafkammer II.

---

2. Beschluß des Strafsenats des Kgl. Oberlandesgerichts.

In der Untersuchungssache gegen den Tagelöhner K. F. (2. J. 306/11 der Staatsanwaltschaft bei dem Königlichen Landgericht in Frankfurt a. M.) hat der Strafsenat des Königlichen Oberlandesgerichts in Frankfurt a. M. auf die Beschwerde des Oberstaatsanwalts zu Frankfurt a. M. gegen den Beschluß des Königlichen Landgerichts in Frankfurt a. M. — II. Strafkammer — vom 16. Januar 1913 in der Sitzung vom 6. März 1913 beschlossen:

Die Beschwerde wird auf Kosten der Staatskasse verworfen.

Gründe.

Der Oberarzt der städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. M., Professor Dr. Raecke, hat über den Geisteszustand des Angeschuldigten, nachdem derselbe der genannten Anstalt zur Beobachtung auf 6 Wochen überwiesen worden war, ein ausführliches Gutachten erstattet und in seiner Liquidation auch für die zu der Vorbereitung des Gutachtens erforderlichen, in der Anstalt vorgenommenen drei Untersuchungen des Angeschuldigten als Vorbesuche je 3 M. berechnet. Diese Beträge mit insgesamt 9 M. sind dem Sachverständigen zunächst auch angewiesen, auf Erinnerung der Oberrechnungskammer aber durch den Vorsitzenden des Gerichts erster Instanz am 13. Dezember 1912 von demselben zurückgefordert worden. Auf die von dem Sachverständigen gegen diesen Bescheid durch einen am 27. Dezember 1912 bei Gericht eingegangenen Schriftsatz erhobene und als Beschwerde bezeichnete Einwendung hat der angefochtene Beschluß die Zahlungsaufforderung des Kammervorsitzenden nebst der gleichzeitig erlassenen Rückeinnahmeanweisung wieder aufgehoben. Die Beschwerde des Oberstaatsanwalts gegen diesen Beschluß ist gemäß § 17 Geb.-O. f. Zeug. u. Sachv. v. 20. Mai 1898 (RGBl. S. 681) und § 346 StPO. in Verbindung mit der Allgem. Verfg. des Justizministers vom 27. März 1885 (JMBl. S. 128) zulässig und ordnungsmäßig erhoben. Sie kann aber sachlich nicht für begründet erachtet werden.

Mit dem Vorderrichter ist zunächst davon auszugehen, daß als maßgeblich der Gebührentarif für Kreisärzte zur Anwendung gelangt, der dem Gesetze betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten vom 14. Juli 1909 (G. S. S. 625) beigefügt ist. Das ergibt sich aus §§ 8 und 12 dieses Gesetzes und § 13 der GO. f. Z. und S. Entscheidend ist sodann insbesondere Ziffer 17 dieses Tarifs. Nach Ziffer 17 desselben treten, falls zur Ausstellung des schriftlichen, ausführlichen, wissenschaftlich begründeten Gutachtens im Sinne der Ziff. 13 a. a. O., um welche es sich unstreitig hier handelt, „Vorbesuche" erforderlich waren, zu den Gebühren der Ziff. 13 „die Gebühren zu 3" hinzu. Über die Bedeutung des Wortes „Vorbesuche" im Sinne des Gesetzes vom 14. Juli 1909 hat das Oberlandesgericht Düsseldorf in zwei Beschlüssen vom 29. April 1912 (3 W. 208—12 und 224—12), im ersteren aus dem Gesetze selbst heraus, im zweiten aus der Entstehung

desselben sich dahin entschieden, daß unter „Vorbesuch“ nur derjenige zu verstehen sei, welcher den Arzt außerhalb seiner Wohnung bezw. seiner Anstalt zum Kranken führe, den derselbe also „mache“ und nicht „empfange“. Dem konnte nicht beigepflichtet werden. In Ziff. 3 des Tarifs zum Gesetze vom 4. Juli 1909 heißt es: „Untersuchung behufs Vorbereitung eines in einem Termine zu erstattenden Gutachtens **a**) wenn die Untersuchung in der Wohnung des Kreisarztes oder, falls dieser Anstaltsarzt ist, in der Anstalt stattfindet, 3 M., **b**) wenn die Untersuchung außerhalb der Wohnung oder Anstalt stattfindet, 5 M. Hat sich der Kreisarzt in dem Falle zu **b** an Ort und Stelle begeben und kann die Untersuchung ohne sein Verschulden nicht stattfinden, so ist eine Gebühr von 3 M. in Ansatz zu bringen.“ Damit ist, wie zunächst festgestellt werden muß, die nach § 6 des Gesetzes vom 9. März 1872 (GS. S. 265) umstrittene und schließlich in der Rechtsprechung ziemlich konstant gegen den Arzt entschiedene Frage der Vorbesuchsgebühr zu dessen Gunsten dahin geregelt, daß auch eine innerhalb der Arztwohnung oder Anstalt vorgenommene Untersuchung des Kranken vergütet werden soll. Wenn daher in Ziff. 17 des Tarifs gesagt wird, daß bei Notwendigsein von Vorbesuchen die Gebühren zu 3 (will heißen Tarifziffer 3) hinzutreten, so würde es der Tendenz des Gesetzes widersprechen, das Wort „Vorbesuche“ jetzt so enge zu interpretieren, wie es nach dem früheren Gesetze geschehen ist. Vor allem aber läßt der Wortlaut des neuen Gesetzes keine Zweifel darüber aufkommen, daß auch Vorbesuche innerhalb der Anstalt, um die allein es sich hier handelt, gegebenen Falles vergütet werden sollen. Denn der Gesetzgeber könnte unmöglich allgemein von „die Gebühren zu 3“ sprechen, wenn er nicht auch den Fall **a** der Tarifziffer 3 damit hätte umfassen wollen. Die Mehrzahl „die Gebühren“ hätte allenfalls mit den beiden unter Nr. b der Ziffer 3 fallenden Eventualitäten sich begründen lassen, nicht vereinbar aber ist mit einer Beschränkung auf Nr. b, daß uneingeschränkt die Gebühren „zu 3“ eingesetzt werden. Daß aber nicht etwa ein Mangel der Fassung anzunehmen ist, sondern unzweifelhaft der Wortlaut dem Sinn entspricht, ergibt ein Vergleich des Satzes 2 des 1. Absatzes der Ziffer 17 mit Absatz 2 derselben in Verbindung mit Ziffer 3. Der Absatz 2 der Tarifziffer 17 sieht für die Fälle der Tarifziffern 11 und 12 eine Erhöhung der Gebühren vor, wenn „eine Untersuchung außerhalb der Wohnung des Kreisarztes oder, falls derselbe Anstaltsarzt ist, außerhalb der Anstalt“ stattgefunden hat. Man begegnet also auch hier, wie in Ziffer 3, der wörtlich hervorgehobenen Trennung der Untersuchung außerhalb und innerhalb der Wohnung bezw. Anstalt. Wenn der Ausdruck „Vorbesuch“ nun nichts anderes besagte, als Untersuchung außerhalb der Wohnung oder Anstalt des Arztes, so wäre durchaus unerfindlich, warum nicht in Abs. 1 Satz 2 der Ziffer 17 die gleiche Fassung gewählt wäre, wie in Abs. 2 daselbst. Hieraus folgt mit Sicherheit, daß das Wort „Vorbesuch“ weiterreicht und daß es, wie geschehen in Beziehung zu Ziffer 3 gebracht, auch die Untersuchung „innerhalb“ in sich schließt. Da hiernach das Gesetz nach seinem Texte lückenlos klar den Willen des Gesetzgebers erkennen läßt, ist kein Raum für eine Auslegung des gesetzgeberischen Gedankens unter Zurhülfenahme der Entstehungsgeschichte des Gesetzes, wie es auch einer Prüfung des Wortes „Vorbesuch“ nach dem allgemeinen Sprachgebrauche weiter nicht bedarf. Zudem kann ein Widerspruch mit diesem Sprachgebrauche nicht darin erblickt werden, daß es als Besuch bezeichnet wird, wenn in einer unter Umständen weitläufigen Anstalt der Arzt ein Krankenzimmer aufsucht und zu dem Zwecke sein Privatzimmer dortselbst verlassen evtl. auch seine Kleidung verändern muß. Wenn aber selbst der Entstehung des Gesetzes nachgegangen wird, so führt das entgegen der Meinung des Oberlandesgerichts Düsseldorf nicht zu einem Beweise gegen die Auffassung des erkennenden Gerichts. Denn die von der Kommission des Abgeordnetenhauses gewollte Unterscheidung zwischen Untersuchungen außerhalb und innerhalb der Wohnung bezw. Anstalt des Arztes ist auch für den Fall des Satzes 2 des 1. Absatzes der Tarifziffer 17 als gemacht anzusehen, aber nicht nur nach Analogie der Tarifziffer 3, sondern wortgetreu und vollinhaltlich nach derselben. Und deshalb bedurfte es eben nur der Fassung, in welche dieser Satz 2 eingekleidet worden ist. Bemerkt sei noch, daß das Gericht mit seiner Entscheidung sich in Übereinstimmung befindet, nicht nur mit dem Beschlusse des Reichsversicherungsamtes vom 14. Oktbr. 1910 (vgl. Büroblatt für richt. Beamte 1911, S. 57), sondern auch mit den neueren Beschlüssen des Kammergerichts vom 20. September 1912 (2. W. 682—12) und des Oberlandesgerichts Naumburg vom 5. Februar 1913 (3. W. 38—13).

Demgemäß ist der angefochtene Beschluß zu Recht ergangen und war die Beschwerde zurückzuweisen. Über die Kosten war ungeachtet der Bestimmung des § 4 des GKG. nach § 505 StPO., wie geschehen, zu entscheiden.

In diesem Beschlusse wird also ausdrücklich Stellung genommen gegen die Auffassung des Oberlandesgerichts Düsseldorf und ihre Unhaltbarkeit nachgewiesen. Die Ausführungen lauten so überzeugend, daß zu hoffen steht, auch die übrigen preußischen Gerichte werden sich ihnen anschließen und in Zukunft wieder dem psychiatrischen Sachverständigen neben den Gebühren für das schriftliche Gutachten diejenigen für Vorbesuche in der Anstalt während der sechswöchigen Beobachtungsdauer gewähren. Daß derselbe deshalb, wie Mönkemöller es launig schildert, „unter der Last des Goldes zusammenbricht“, ist kaum zu befürchten.

Mitteilungen.

— **Deutscher Verein für Psychiatrie E. V.** Rechnungsabschluß für das Jahr 1912.

A. Kassenbestand vom Vorjahr	9694,38
B. Einnahmen:	
a) 578 Mitgliederbeiträge für 1912 à 5 M.	2890,—
b) Porto Überschuß, Abmangel und Ersatz	17,62
c) Zinsen aus 3000 M. 3 1/2 % Pfandbriefe für 1912	105,—
Zinsen aus 2500 M. 3 % Pfandbriefe für 1912	75,—
Zinsen 5500 M. 4 % Reichsanleihe (Okt. 10, Jan. 100, April 10 =	120,—
d) Von Marhold, Erlös aus Kongreßberichten	292,50
Zurückgezogene Sparkasseneinlagen	4500,—
zusammen	17694,—
C. Ausgaben:	
a) Geschäfte des Vorstands (Nr. 1, 14, 16—19)	374,95
b) Geschäfte der Schriftleitung (Nr. 15)	294,—
c) „ „ Kassenführung (Nr. 6, 8, 9, 13, 20)	67,56
d) Kosten der Jahresversammlung in Kiel (Nr. 2—5)	83,85
e) Auslagen der Standes-Kommission (Nr. 7)	1,70
f) Auslagen der Kommission für Idiotenwesen (Nr. 10)	67,85
g) Auslagen der juristischen Kommission (Nr. 11)	200,—
h) Auslagen der statistischen Kommission (Nr. 21)	139,60
i) Zur Kapitalisierung verwendet (Nr. 12)	5586,70
Summe der Ausgaben:	6816,21
Bleibt Bestand: 10878,29	
D. Vorhanden in	
Nom. 3000 M. 3 1/2 % Pfandbriefe, Ankaufswert	2930,85
Nom. 2500 M. 3 % Pfandbriefe, Ankaufswert	2168,35
Nom. 5500 M. 4 % Deutsche Reichsanleihe	5586,70
Sparkasseneinlage Nom. 0	
Barbestand	195,39
	10878,29

Winnental, den 1. April 1913.

Der Kassenführer:
Medizinalrat Dr. Kreuser.

— **Schleswig-Holstein.** Der Provinzial-Landtag hat in seiner letzten Tagung beschlossen, den Provinzial-Ausschuß zu ermächtigen, künftig bei Ausschreibung von Hilfsarztstellen an den Provinzial-Irrenanstalten bei Schleswig und Neustadt i. H. und an der Provinzial-Idiotenanstalt zu Schleswig feste Anstellung als Oberarzt im Falle der Bewährung binnen drei Jahren in bestimmte Aussicht zu stellen.

Außerdem sind als weitere Raten zur Erweiterung der beiden Irrenanstalten auf je 1500 Köpfe für Schleswig 406000 M., für Neustadt 370000 M. bewilligt worden.

— **Pommern. Erweiterung der Provinzialheilanstalt zu Stralsund.** Der Provinziallandtag erklärte sich grundsätzlich mit der nach der Vorlage des Landeshauptmanns vom 28. Januar 1913 geplanten Erweiterung der Provinzialheilanstalt in Stralsund einverstanden und beauftragt den Provinzialausschuß, das endgültige Projekt nebst Kostenanschlag ausarbeiten zu lassen und in der nächsten Tagung vorzulegen, wegen Aufbringung der Mittel eine Vorlage zu machen und endlich die zur Vorbereitung des Baues erforderlichen Maßregeln auch vor Genehmigung des Projektes und Kostenanschlages zu treffen und die notwendigen Ausgaben vorschüssig leisten zu lassen.

— **Posen.** Der 45. Provinziallandtag der Provinz Posen hat im März 1913 zur Ausführung einer elektrischen Beleuchtungsanlage und einer Kochkücheneinrichtung in der Provinzial-Irrenanstalt Owinsk einen Betrag von 210000 M. bewilligt. Ferner ist die Besoldung des Pflegepersonals und die einer Reihe anderer Bediensteten aller vier Provinzial-Irrenanstalten (Owinsk, Kosten, Dziekanka und Obrawalde) erhöht worden. Auch sind für die Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka

1. zur Beschaffung einer neuen Waschmaschine,
2. zur Anbringung von Überhitzeranlagen an zwei Dampfkesseln,
3. zum Anstrich der äußeren Holzteile an den Gebäuden,
4. zur Ausführung eines Anbaues an das Arbeitswohnhaus auf dem Gute,
5. zur baulichen Einrichtung von Räumen für den Betrieb der Weberei und Klöppelei, sowie zur Beschaffung weiterer Webstühle,
6. zur Fertigstellung von drei weiteren Pflegehäusern außerordentliche Mittel im Gesamtbetrage von 41500 M. bewilligt worden.

Referate.

— Laurent, Dr., Rouen: De l'hygiène préscolaire au point de vue de l'arrièration mentale. Paulin et Co., Paris. 405 S. 1,50 Fr.

Verf. beschäftigt sich in vorliegender Schrift mit den körperlich und geistig zurückgebliebenen Kindern der ersten Lebensjahre und sieht als Hauptursache für diesen pathologischen Zustand neben dem Alkoholismus Tuberkulose und Syphilis an.

Mit Recht verurteilt Verf. ein französisches Gesetz vom Jahre 1880, das den weitgehenden Konzessionen für den Alkoholausschank nicht genügend Einhalt gebietet. Schädigend für den kindlichen

Organismus sind dann ferner noch nervöse und neuropathische Zustände der Mutter.

Sodann geht Verf. auf die Hygiene nach der Geburt ein (Wohnung, Kleidung, Nahrung etc.) und weist auf die segensreichen Bestrebungen des „Vereins der Kinderfreunde zur Entwicklung zurückgebliebener Kinder" hin.

Derartige Schriften dürften nicht nur weitgehendste Verbreitung in dem kinderarmen Frankreich verdienen, sondern auch bei uns in Deutschland mit seiner immerhin noch hohen Säuglingssterblichkeit.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Roubinovitsch, J.: Aliénés et anormaux. Félix Alcan, Paris 1910. 320 S.

An die Pädagogen wendet sich Verf. in erster Linie und schildert ihnen die verschiedenen Arten von Geisteskrankheiten. Mit Recht geht er ausführlich als ätiologisches Moment u. a. auch auf Syphilis und Alkoholismus ein und befürwortet eine möglichst alkoholfreie Lebensweise der Eltern und Kinder. Am Schluß ist die französische Irrengesetzgebung angefügt, wobei besonders die vorläufige Unterbringung in speziellen Beobachtungsstationen zu erwähnen ist.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Aus Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Dermatologie etc. Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 1912.

1. Über Behandlung der Hauttuberkulose. Von Prof. Dr. Doutrelepont. 32 S.

Besprechung der verschiedenen Formen der Hauttuberkulose. Frühzeitige Behandlung! Finseninstitut!

2. Die Therapie des Ekzems. Von Geh. Hofrat Dr. Theodor Veiel und Dr. Fritz Veiel.

Diagnose und Therapie der verschiedenen Ekzemformen nach einem Vortrag des erfahrenen Dermatologen und Besitzers einer renommierten Kuranstalt bei Stuttgart.

3. Über die Serodiagnose der Syphilis, ihr Wesen, ihre Technik und ihre praktische Bedeutung. Von Dr. Brauer, Danzig. 40 S.

Kurze, klare und umfassende Darlegung der Syphilis-Serodiagnose in Theorie und Praxis.

4. Die Tuberkulose der Harnorgane. Von Dr. Hans Wildbolz, Priv.-Doz. in Bern. 44 S.

Gibt u. a. genauere Indikationen für operative Eingriffe (Nephrectomie). Dr. Vogel-Colditz.

— Bresler, Dr. Joh., Oberarzt in Lüben (Schles.): Ruhr, Typhus, Paratyphus sowie Bakterium Koli-Infection nach neuerer Forschung. Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. 132 S.

Erschöpfende Darstellung des heutigen Standes der Wissenschaft in bezug auf obige Themata, zur schnellen Orientierung besonders für Amtsärzte.

Dr. Vogel-Colditz.

— Schulze, Dr. Hans, Oberarzt: Geschichte der Landesirrenanstalt Sorau, N.-L. 1912. 67 S.

Festschrift zur 100-Jahrfeier der Anstalt mit Abbildungen, Plänen etc. Dr. Vogel-Colditz.

— Kreuser, Med.-Rat Dir. Dr.: Aufgaben der Irrenfürsorge in Württemberg. Württ. Med. Corresp.-Blatt, 1912.

Der verdiente Führer der württembergischen Psychiatrie plädiert für Neubau am besten einer großen Irrenanstalt, damit 1000—1200 bisher unversorgte Geisteskranke und Schwachsinnige im Kgr. Württemberg einer staatlichen Anstaltsfürsorge teilhaftig werden können. Dr. Vogel-Colditz.

— Kalmus, Dr. E., K. K. Landgerichts- und Polizeiarzt in Prag: Zur Irrenfürsorge in Österreich mit spezieller Berücksichtigung der Verhältnisse in Böhmen. „Der Amtsarzt", 1911, Nr. 12 und 1912, Nr. 1/2.

Vorschläge zur Verbesserung der Fürsorge für Psychisch-Kranke in quantitativer und qualitativer Hinsicht. (Mehr Anstalten, erleichterte Aufnahme, Wahl unter den Anstalten, Begutachtung durch den Gerichtsarzt, nicht Anstaltsarzt! Adnexe für die Kriminellen etc.) Dr. Vogel-Colditz.

— Czgielstrezch, Les conséquences mentales des émotions de la guerre. Ann. méd.-psychologiques, 65, 1912. Febr. u. März.

Verf. benutzt die Beobachtungen von Lubarsky, Artokratoff, Ozeretskewsky u. a. aus dem russisch-japanischen Kriege, dessen psychiatrische Ergebnisse nach ihm für einen modernen Krieg in gewissem Sinne wohl verallgemeinert werden könnten. Es bleibt hierbei zu untersuchen, ob die plötzlich eintretenden von den länger andauernden Gemütsbewegungen (émotions brusques und durantes) in ihren psychiatrischen Folgen getrennt werden können. Zum Vergleiche zieht er die Erfahrungen heran, welche von Lombroso, Stierlin, Vibert u. a. nach Erdbeben, Bergwerks- und Eisenbahnkatastrophen, sowie während der russischen Revolution gemacht wurden. Die nach schweren elementaren Katastrophen beobachteten psychotischen Erscheinungen, welche z. B. bei den italienischen Erdbeben in sehr großer Zahl hervortraten, hatten zumeist einen ganz akuten Charakter, entstanden vielfach bei bis dahin völlig gesunden Personen und traten in Beobachtung mit den Symptomen der Folie furieuse, mit halluzinatorischen und Verwirrtheitszuständen, mit schweren Affektstörungen (Apathie und Gefühlsmangel), mit traumhafter Erregung oder Trunkenheit (ivresse émotionelle), mit Verwirrtheit und folgender Amnesie u. a. Sie hatten fast alle einen günstigen und relativ schnellen Verlauf. Bei Eisenbahnkatastrophen trat häufig der traumatische Schok besonders hervor, ohne daß eine Prädisposition nachzuweisen gewesen wäre. Für sein Zustandekommen wird besonders von Vibert ein bestimmtes Trauma verlangt, das in einer Erschütterung der nervösen Zentren mit zahlreichen, der klinischen Untersuchung nicht zugänglichen Läsionen zu suchen sei. Hierfür scheint allerdings zu sprechen, daß eine solche Psychoneurose nur bei den Verunglückten, nicht bei den Zuschauern zur Beobachtung kam. Es mag deshalb anzunehmen sein, daß hier die gemütliche Erregung nur als erschwerendes Moment zu der Erschütterung hinzutritt und es bleibt fraglich, ob die Erregung allein bei fehlender Disposition die Neurose hervorbringen kann.

Die Bedeutung politischer Umwälzungen für die

Genese der Psychosen ist unsicher. So war die Zahl der französischen Irrenanstaltsaufnahmen während des Krieges 1870/71 um 1300 kleiner als sonst. Aber es steigt meist die Aufnahmeziffer in den nächsten Jahren wieder wesentlich. Die hereditäre Belastung allerdings war statt in 60 Proz. nur in 24 Proz. nachweisbar. Im Gegensatz hierbei waren die meisten der während der französischen Revolution Erkrankten Hereditarier und Degenerierte, und jeder andere psychische oder physische Faktor hätte denselben Effekt wie die Revolution gehabt. Eine Revolutionspsychose gab es nicht, doch drückte die auslösende Ursache ihr den Charakter auf: Verfolgungswahn mit Depression und schreckhaften Delirien (Juden, Studenten, Gendarmen). Hierbei war von Interesse, daß die aktiv Beteiligten meist leichter erkrankten als die „Zuschauer", deren Erkrankung vielfach eine schlechtere Prognose darbot: ein Zeichen, daß die Leidenschaften weniger psychisch schwächende Kraft besitzen als die Gemütsbewegung (Schreck usw.).

Es ergibt sich als Schluß, daß heftige und plötzliche Aufregungen die Ursache für den Ausbruch von Psychosen verschiedener Form besonders akuten Charakters (Verwirrtheitszustände) abzugeben vermögen, wobei die Rolle der Prädisposition noch unklar ist, während chronische Aufregungen besonders bei latenter Disposition auslösend wirken, alle Formen der Psychose je nach der Basis, auf der sie entstehen, entwickeln und vorwiegend chronische Psychosen erzeugen.

Beim Krieg ist es schwer, die émotions brusques und durables zu trennen, da zu den furchtbaren gemütlichen Einwirkungen der Schlacht die ungeheure Nervenanspannung vor derselben und die physischen Strapazen hinzutreten. Man will hierbei Unterschiede zwischen den feiner organisierten Offizieren und härteren Mannschaften beobachtet haben, und zwar sollten 18,1 Proz. Offiziere und 1,3 Proz. Soldaten erkranken. Nach der Schlacht von Mukden jedoch sollen 8,2 Proz. der Erkrankten Nervenkranke gewesen sein, und Schanukoff nimmt an, daß bei vorurteilsloser und spezialistischer Untersuchung das Prozentverhältnis zwischen beiden sich nicht so wesentlich verschieden herausstellen werde.

Für die gesamte Armee wurde die Zahl der Alienierten auf 1,9 Proz. berechnet, d. h. auf 1000 Kranke kamen 3,5 Geisteskranke (Artokratoff). Bei den Offizieren bildeten alkoholische, paralytische und neurasthenische Krankheitsprozesse, bei den Mannschaften epileptische, alkoholische und Verwirrtheitszustände die hauptsächlichsten Erkrankungsformen. Viele waren vorher weder epileptisch noch alkoholkrank gewesen. Die Erkrankung ging meist nach ca. 3 Wochen in Heilung über. Verwirrtheitszustände verliefen fast ausnahmslos unter dem Bild der Depression; die neurasthenischen Krankheitszustände begannen meist mit Kopfschmerz, Schlafmangel, Apathie, zeigten ferner gemütliche und sensible Reizbarkeit und Halluzinationen; auf somatischem Gebiete bestand allgemeiner Tremor, erhöhte Reflexerregbarkeit und Hyperästhesie. Die Halluzinationen bezogen sich auf die Schrecknisse des Krieges. Nach Ozeretkewsky erkrankten im Kriege doppelt soviel Offiziere wie im Frieden, viele von ihnen kamen schon krank zum Kriegsschauplatz. Auch er beobachtete am häufigsten Alkoholismus (30,9 Proz. gegen 11 Proz. im Frieden), Paralyse (11,2 gegen 19,3 Proz.) und neurasthenische Zustände (13,4 gegen 0,2 Proz.). Die akuten Psychosen kamen vorwiegend bei der aktiven Armee vor. Die größte Zahl der Psychosen überhaupt ereignete sich bei der Reserve, bei welcher die erbliche Belastung mit 60 Proz. in den Vordergrund trat, während bei der Nachhut der Alkoholismus mehr überwog. 40 Proz. aller boten Zeichen der Degeneration (?). Jene Offiziere, welche an den Schlachten teilnahmen, zeigten häufiger akute, die welche mehr unter den Strapazen und der Mühsal des Krieges litten, unterlagen häufiger chronischen Psychosen. Nach den Schlachten kamen als Folge der großen körperlichen wie gemütlichen Anstrengungen besonders Symptome zum Vorschein, welche Schaikiwitch mit der Diagnose Amentia depressivo-stuporosa bezeichnet.

In Port Arthur waren unter der Besatzungsarmee von 52000 Mann anfangs 39 Gehirnkranke, später kamen noch 20 Psychosen hinzu. Besonders waren dies Verwirrtheitszustände. Alle boten die Zeichen großer psychischer und physischer Degeneration; 11 besaßen eine neuropsychopathische Veranlagung, 6 waren Alkoholisten.

Im allgemeinen also ergab sich, daß die chronischen Psychosen weniger unter dem direkten Einfluß des Krieges entstanden, daß dieser jedoch bei den akuten Psychosen die wesentlichste Rolle spielte. Demgegenüber war auch die Bedeutung der erblichen Belastung nicht zu übersehen. Die häufigsten Störungen waren die epileptischen und neurasthenischen Zustände, die Amentia depressivo-stuporosa und die Verwirrtheit. Die meisten Psychosen gelangten während und nach den Schlachten, etwas weniger häufiger bei den Vorposten, seltener bei der Nachhut zum Ausbruch. Verglichen mit den großen tellurischen und politischen Ereignissen müssen auch hier die akuten Psychosen mit den plötzlichen und heftigen Gemütseinwirkungen in Verbindung gebracht werden. Eine besondere Kriegspsychose gab es nicht. Kellner-Chemnitz.

— Fehrlin, Dr. H. C., Schaffhausen: Schizophrenie. 166 S.

Der Verfasser, ehemaliger Chemiker der Histosangesellschaft, schildert seine eigene Krankheit, die ihn, kurze Zeit, in die Irrenanstalt Breitenau brachte. Er selbst hält die Psychose für Schizophrenie. Das Merkwürdige bei ihm ist, daß er seine Halluzinationen, insbesondere seine Akoasmen in wörtlicher Wiedergabe des Inhalts der Stimmen (lautes Brüllen bis herab zu den feinen „Gedankenstimmen") teils in Hochdeutsch, teils in Schweizer Dialekt aufnotiert hat. Diese Stimmen haben zum Gegenstand seine eigene Krankheit und befassen sich mit den Symptomen derselben und den Anschauungen der Ärzte (Bertschinger, Oberholzer, Forel, Bleuler etc.) und deren Therapie. Insbesondere das Lehrbuch Bleulers wird von den Stimmen teils beifällig, teils ablehnend

kritisiert. Dr. H. C. Fehrlin meint in der Einleitung seiner Monographie, daß sein Werk „ungeheures Aufsehen erregen dürfte". — Seine Stimmen leugnen bei ihm das Vorhandensein von Größenwahnideen. Dr. Vogel-Colditz.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Landes-Heil- und Pflegeanstalt Alzey.** Dr. med. Warhold Ortleb ist am 1. dieses Monats als Assistenzarzt in den hiesigen Anstaltsdienst getreten.

— **Stettin.** Dem Nervenarzt Dr. med. et phil. G. Buschan wurde der Charakter eines Sanitätsrats verliehen.

Therapeutisches.

Jodglidine bei Magen-Darm-Kranken. Aus der Poliklinik für Magen- und Darmkranke von Dr. M. Alexander. Fortschritte der Medizin Nr. 46, 1912.

Schädlichkeiten stellen sich — wie allgemein bekannt — nach kürzerer oder längerer Darreichung bei fast allen Jodpräparaten ein. Eine ungünstige Beeinflussung des Magendarmtraktus läßt sich, auch bei vorher ganz intakten Organen, fast immer konstatieren.

In allen solchen Fällen, von denen Verf. daraufhin eine größere Anzahl besonders beobachtet hat, hat sich ihm die Jodglidine sehr gut bewährt, ein von Dr. Klopfer, Dresden-Leubnitz, in Tablettenform hergestelltes Präparat, bei dem das Jod an nucleinfreies, reizloses Pflanzeneiweiß so gebunden ist, daß der Eiweißcharakter wenig verändert und das Jod, hauptsächlich im Darm, allmählich und kontinuierlich zur Resorption gelangt.

In den vom Verf. beschriebenen, sowie in einer größeren Anzahl ähnlich liegender Fälle wurden die Jodglidine durchschnittlich gut vertragen, obwohl in einigen Fällen andere Jodpräparate wegen der auftretenden Nebenerscheinungen abgesetzt werden mußten.

Ueber „Gadiol", ein neues Lebertranpräparat. Von Dr. F. Bruck, Berlin. Medizinische Klinik Nr. 7, 1913.

Mit Gadiol hat Bruck bei verschiedenen Erkrankungen Versuche gemacht, welche zu einem für das Präparat durchaus günstigen Resultat geführt haben, es wird im allgemeinen widerstandlos, gelegentlich gern genommen und gut vertragen und ist daher zur Behandlung von Rachitis und zur Mästung sehr geeignet. Gadiol enthält den Lebertran in reiner und unveränderter Form. Durch Zusatz von ätherischen Ölen ist er bekömmlicher und haltbarer gemacht und sein Gebrauch auch im Sommer ermöglicht.

Ueber Jodipindarreichung. Von Dr. Edmund Hoefler in Bad Toelz. Dermatologisches Centralblatt Nr. 6, sechzehnter Jahrgang.

Nach H. ist es zweifellos als ein Fortschritt zu bezeichnen, daß es gelang, durch Einführung auf subkutanem Wege ein jodreiches Präparat zur Anwendung zu bringen, das durch seine ausgesprochen langsame Wirkung den Ausbruch eines Jodismus von vornherein verhinderte, das Jodipin.

Verf. widerrät die Einverleibung des Jodipins durch den Mund, weil das flüssige Präparat schlecht schmeckt, nur mit Widerwillen genommen und deshalb bald ausgesetzt wird.

Er empfiehlt den Gebrauch einer 10 ccm-Spritze, mit mittelgroßer, etwa 10 cm langer Einstichnadel mit nicht allzu engem Hohlraum. Eine Flasche Jodipin, die die Firma Merck jeweils zu 100 g, und zwar 10%ig und 25%ig, herstellt, kann mit einer solchen Spritze 10%iges in 15, 25%iges in 13 Einzelgaben erschöpft, somit mit einer Einspritzung 0,6 bezw. 2 g organisch gebundenes Jod eingeführt werden, was mit der bisher im allgemeinen gebräuchlichen Tagesportion (Kal. jodatum 3,0—6,0 : 150,0 eßlöffelweise mehrmals täglich) im Einklang steht.

Einstichstelle: die Sakral- und Perinealgegend entlang einer Linie, die den Abfall der beiden Glutäalhügel in die Analfurche bezeichnet, wo man viel mehr lockeres Bindegewebe und viel weniger Muskelsubstanz und größere Gefäße antrifft als in den übrigen Anteilen der Glutäalpartie.

Säuberung der Haut vor dem Einstich durch kurzes Abreiben mit Äther oder einem Pinselstrich mit Jodtinktur; größte Peinlichkeit in der Sauberhaltung der Nadeln. Überflüssig ist es, das Jodipin vor Gebrauch auf Körpertemperatur zu erwärmen. Nach dem Stich kurzes Massieren der Haut über dem Einstich mit einem Wattebäuschchen, um die Aufsaugung anzuregen. Kompression mit öfters gewechselter Watte solange, bis kein Tropfen Blutes mehr an die Oberfläche tritt. Verschließen des Stichkanals mit einem erbsengroßen Wattepfropf und Bedeckung dieses mit Heftpflaster. Im allgemeinen wird die Einhaltung eines Turnus von etwa 2 Tagen zu empfehlen sein. Der Gesamtverbrauch des Jodipins während einer Kur soll 2 Flaschen nicht übersteigen.

Gegenanzeige gegen Jodipingebrauch: höchstens ein fieberhafter Zustand. Die neuerlichen Erfahrungen mit Jodipin (beträchtliche Herabsetzung des Blutdrucks, günstige Beeinflussung von Blasenhals- und Prostataerkrankungen usw.) stellen eine weitere Verbreitung des Mittels in Aussicht.

Der heutigen Nummer liegen Prospekte der Firmen
Gehe & Co., A.-G., Dresden-N.,
E. Merck, Darmstadt,
S. H. Cohn, Farben- und Lackfabriken, Berlin-Rixdorf
und **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.**
bei, welche wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien) — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von

Oberarzt Dr. Joh. Bresler,

Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.

Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 8. 24. Mai 1913/14.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Zur Psychogenese epileptischer Erscheinungen. Von Oberarzt Dr. Gg. Lomer. (Schluß.) (S. 93.) — Nachweisung derjenigen Personen, welche 1909—1911 zur Vorbereitung eines Gutachtens über ihren Geisteszustand in Anstalten aufgenommen worden sind. (S. 95.) — Ueber den Negativismus Von Dr. Bartholomäus Mager, Gabersee. (S. 96.) — — Mitteilungen (S. 102): Rechtsgeschäfte mit heimlichen Geisteskranken. Westpreußen. — Referate (S. 102.) — Personalnachrichten (S. 103). — Therapeutisches (S. 103).

Zur Psychogenese epileptischer Erscheinungen.

Von Oberarzt Dr. *Gg. Lomer*.

(Schluß.)

Unter Berücksichtigung der obigen Ausführungen müssen wir also annehmen, daß die affektive Reizbarkeit des Menschen, wenigstens des epileptischen Menschen, in hohem Maße barometrischen Schwankungen korrespondiert, ja von ihnen abhängig ist. Wie man sich diese Abhängigkeit genauer zu denken hat, ist nicht so ohne weiteres zu beantworten. Ich möchte nur folgendes zu erwägen geben: Jede Veränderung in der Umgebung des Menschen wirkt bereits als Reiz. Ein radikaler Wechsel der Umwelt oder des Klimas kann im somato-psychischen Organismus geradezu eine Revolution hervorrufen. Und daß unter den zahllosen möglichen äußeren Reizen auch Änderungen des Luftdruckes starke Wirkungen entfalten können, ist aus mancherlei Beobachtungen schon zur Genüge bekannt. Ich erinnere an das Wesen der bei stark vermindertem Luftdruck auftretenden sogenannten „Bergkrankheit“, zu deren Hauptkennzeichen eine starke Kongestion zur Körperperipherie gehört. Ich erinnere ferner an die genau gegenteilige Folgeerscheinung bei bedeutender Vermehrung jenes Druckes. Bezeichnenderweise sind es beidemale Gefäßstörungen, welche im Vordergrunde der Beobachtung stehen. Treten nun solche vasomotorischen Erscheinungen, als Reaktion auf Luftdruckänderungen, bereits beim Normalmenschen auf, so ist es m. E. sehr wohl denkbar, daß beim Epileptiker eine gesteigerte vasomotorische Empfindlichkeit vorliegt, die ihn bereits auf die normalen Luftdruckschwankungen in pathologischer Weise reagieren läßt. Eine gesteigerte Empfindlichkeit, die alsdann — im Verein mit den erörterten hirnmechanischen Vorbedingungen — dem Eintreten epileptischer Anfälle Vorschub leistet.

Diese Kranken sind also in der Tat, wie es im klassischen Zitat heißt, „ein Spiel von jedem Druck der Luft“, wobei es selbstverständlich individuelle Unterschiede in Menge geben mag.

Ist aber jene Voraussetzung erfüllt, so muß die höchste Anfallsziffer eben in jenen Jahreszeiten zu verzeichnen sein, welche die zahlreichsten barometrischen Schwankungen aufzuweisen pflegen, in der Frühlings- und in der Herbstzeit. Daß dem tatsächlich so ist, zeigt ein Blick auf die den obengenannten Arbeiten beigegebenen Tabellen, in denen für Mai und November die größten Anfallsziffern vermerkt sind. Durch mehrere Jahre fortgesetzte Beobachtungen würden dieses Ergebnis vermutlich vollauf bestätigen. —

Natürlich soll nun keineswegs behauptet werden, daß im nachgewiesenen Einfluß der Luftdruckschwankungen der alleinige, auslösende Faktor epileptischer Phänomene gefunden sei. So hat Halbey, wie er betont, gelegentlich auch ein Ansteigen der Anfallskurve beobachtet, wenn die Barometerkurve ohne größere Schwankungen sich längere Zeit auf ziemlich gleicher Höhe hielt. Man darf also vermuten, daß auch noch andere Momente bei der Auslösung von Anfällen mitsprechen können. Halbey vermutet einen solchen Einfluß seitens des elektrischen Verhaltens der Atmosphäre, muß aber zu-

geben, daß darüber bis jetzt noch nichts Sicheres bewiesen ist.

Überraschen kann das Gefundene bei einigem Nachdenken übrigens kaum. Auch bei anderen pathologischen Zuständen tritt jene Abhängigkeit des Organismus von meteorologischen Faktoren ja gelegentlich zutage. Ich erinnere nur an die unbehagliche, bedrückte oder gereizte Stimmung mancher Menschen vor Gewitterentladungen und an die eigentümlichen Schmerzen vieler Rheumatiker, Gichtiker usw. vor Witterungsumschlägen.*)

Und noch auf einen weiteren Punkt mag hier hingewiesen sein. Ist es nicht recht auffällig, daß auch verhältnismäßig die meisten Konzeptionen in die oben genannten, durch zahlreiche Luftdruckschwankungen charakterisierten Jahreszeiten, vor allem in die Frühlingsmonate fallen?! Spielen hier keimplasmatische Vorgänge die Hauptrolle oder ist die Ursache auch dieser Erscheinung in häufigeren Erregungszuständen des Hirns zu erblicken, die dann ihrerseits zu häufigeren Kohabitationen führen?!

Man kann sogar unschwer eine gewisse Parallele zwischen Koitus und epileptischem Anfall ziehen. Auch dem Koitus geht die seelische Reizung, die Bewußtseinseinengung voraus. Auch bei ihm findet eine Entladung der Triebwelle ins Motorische statt. Ja die Bewußtseinseinengung kann bis zu teilweisem Bewußtseinsverlust gehen. Und das Gefühl physiologischer Erleichterung ist sowohl für den vollendeten Koitus wie auch für den überstandenen Anfall typisch. Liegt hier am Ende wirklich eine tiefere Verwandtschaft vor, als gemeinhin geglaubt wird?! —

Als funktionelle Grundlage vieler epileptischer Erscheinungen haben wir also die organische Kette: Erhöhte Reizbarkeit, Bewußtseinseinengung, sowie schließlich Entladung der Welle ins mangelhaft isolierte motorische Gebiet kennen gelernt; alles dies vermutlich unter lebhafter Mitwirkung vasomotorischer Faktoren. Eine Erkenntnis, aus der sich allerhand Fingerzeige für die Behandlung des Leidens ergeben.

Ganz aussichtslos ist wohl die Hoffnung, durch Wiederherstellung der lädierten Hirnbahnen die epileptische Anlage bekämpfen zu können. Nervenmasse, die durch Giftwirkung zerstört ist, läßt sich nun einmal nicht ersetzen.

Nur darum kann es sich m. E. handeln — erstens: die Reizsamkeit der Hirnelemente im ganzen möglichst herabzusetzen. Zweitens: den kranken Organismus unter äußere Bedingungen zu verpflanzen, die wenigstens eine Mindestzahl äußerer Reizungen gewährleisten. Im erstgenannten Sinne bemüht sich unsere ganze bisherige Therapie der Epilepsie. Alle die zahllosen, im Laufe der Zeit auf den Markt gebrachten und wieder abgeschafften Krampfmittel, auch das heute dominierende Brom, haben einzig die Aufgabe, die Hirnelemente weniger reizempfänglich zu machen, und vermögen diese Aufgabe auch bis zu gewissem Grade — leider eben nur dies! — zu erfüllen.

Noch garnicht aber hat man sich bemüht, auch dem zweitgenannten Erfordernis gerecht zu werden, nämlich die äußeren Lebensbedingungen der Epileptiker nach ihren organischen Bedürfnissen zu gestalten. Darunter ist die möglichste Ausschaltung aller der Reizquellen zu verstehen, welche ihnen erfahrungsgemäß schädlich sind. In bestimmter Hinsicht ideal wäre es natürlich, wie ich bereits in einer der früheren Arbeiten andeutete, wenn es gelänge, sie in ein Klima zu versetzen, wo die Luftdruckschwankungen jahraus jahrein nur eine Mindestzahl erreichten. Eine solche Gegend stets gleichen Luftdrucks ist nun zwar, wie ich inzwischen feststellen konnte, tatsächlich vorhanden, — in Brasilien. Es geht aber nicht gut an, sämtliche Epileptiker der Erde etwa hier zu einer großen Kolonie zu vereinigen. Vielmehr müßte das Augenmerk darauf gerichtet sein, im eigenen Lande solche Gegenden ausfindig zu machen, welche den geforderten Bedingungen wenigstens so nahe kommen als möglich. Hier wären Spezialkurorte zu schaffen, die vielleicht — im Verein mit einer zweckmäßigen Kolonisierung und ärztlichen Behandlung, im Sinne einer phlegmatisierenden Mastkur und möglichster Trennung der reizbaren Kranken von einander, — mehr leisten würden als unsere bisherigen Verfahren.

Ob und wie weit man etwa später einmal die Entdeckung elektrischer Faktoren als auslösender Momente bei epileptischen Anfällen therapeutisch wird verwerten können, läßt sich vorläufig nicht einmal ahnen.

*) Man hat diese Vorschmerzen auch mit dem wechselnden Ionengehalt der Luft, also mit ihrer wechselnden elektrischen Ladung in Verbindung zu bringen gesucht und sogar ein Heilverfahren (mittels Bestrahlung) darauf gegründet. Vgl. Steffens, Witterungswechsel, Radioaktivität und Anionenbehandlung. Umschau, 1911, S. 472 ff.

Nachweisung (vgl. XI. Jahrg. Nr. 39, 18. Dez. 1909)

derjenigen Personen, welche in den Jahren 1909, 1910 und 1911 infolge Anordnung des Gerichts zur Vorbereitung eines Gutachtens über ihren Geisteszustand

a) auf Grund des § 81 StPrO. in öffentliche und

b) gemäß § 656 ZPrO. in öffentliche oder Privatanstalten

zur Beobachtung aufgenommen worden sind.

a) Gemäß § 81 StrPO. sind in öffentliche Anstalten für Geisteskranke aufgenommen.

Provinz	Anzahl der beteiligten Anstalten	Erwachsene		Jugendliche (unter 18 Jahren)		Zusammen (Spalten 3—6)	Hiervon (Spalte 7) wurde		
							eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 StGB., z. Zt. der Tat		eine bestimmte Äußerung nicht abgegeben bei
		männliche Personen	weibliche Personen	männliche Personen	weibliche Personen		als vorliegend oder ihr Ausschluß als begründeten Zweifeln unterworfen erachtet bei	nicht angenommen bei	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ostpreußen . . .	2	48	6	3	—	57	41	16	—
Westpreußen . . .	3	61	8	1	—	70	28	42	—
Berlin	5*)	295	32	5	1	333	134	185	14
Brandenburg . . .	5	67	10	1	2	80	45	34	1
Pommern	4	64	6	1	—	71	32	37	2
Posen	4	44	4	1	—	49	20	28	1
Schlesien	11	162	23	3	2	190	110	75	5
Sachsen	5	121	12	4	—	137	60	76	1
Schleswig-Holstein .	3	99	7	1	1	108	68	38	2
Hannover	4	118	9	6	—	133	64	69	—
Westfalen	2	77	6	1	—	84	40	35	9
Hessen-Nassau . .	6	114	21	2	1	138	94	44	—
Rheinprovinz . . .	10	315	37	10	3	365	193	168	4
Hohenzollernsche Lande	—	—	—	—	—	—	—	—	—
zusammen:	64	1585	181	39	10	1815	929	847	39

*) Davon 2 im Landespolizeibezirk Berlin, 3 im Regierungsbezirk Potsdam gelegen.

b) Gemäß § 656 ZPrO. sind in öffentliche und Privatanstalten aufgenommen:*)

Provinz	Anzahl der beteiligten Anstalten	Erwachsene		Jugendliche (unter 18 Jahren)		Zusammen (Spalte 3—6)	Hiervon (Spalte 7)				
							wurden erachtet				wurde eine bestimmte Äusserung nicht abgegeben
							als nicht vermögend, ihre Angelegenheiten zu besorg. infolge v.		Zusammen (Spalten 8 und 9)	als vermögend, ihre Angelegenheiten zu besorgen	
		männliche Personen	weibliche Personen	männliche Personen	weibliche Personen		Geisteskrankheit gemäß § 6,1 BGB.	Geistesschwäche gemäß § 6,1 BGB.			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ostpreußen . .	2	9	2	—	—	11	8	—	8	3	—
Westpreußen . .	1	1	—	—	—	1	1	—	1	—	—
Berlin	4	7	—	—	—	7	6	—	6	1	—
Brandenburg . .	6 (1)	4 (1)	1	—	—	5 (1)	3	— (1)	3 (1)	2	—
Pommern . . .	3	3	—	—	—	3	1	2	3	—	—
Posen	3	3	—	—	—	3	2	—	2	1	—
Schlesien . . .	13 (2)	19 (11)	8 (4)	1 (1)	—	28 (16)	16 (12)	7 (4)	23 (16)	4	1
Sachsen	5	6	1	—	—	7	3	3	6	1	—
Schleswig-Holstein	2	13	1	—	—	14	7	4	11	3	—
Hannover . . .	4	21	10	—	—	31	12	11	23	7	1
Westfalen . . .	2	4	2	—	—	6	4	—	4	2	—
Hessen-Nassau .	6	35	17	—	—	52	39	9	48	4	—
Rheinprovinz . .	11	30	10	—	—	40	24	11	35	5	—
Hohenzollernsche Lande . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
zusammen:	62 (2)	155 (12)	52 (4)	1 (1)	—	208 (17)	126 (12)	47 (5)	173 (17)	33	2

*) Die Zahlen über die hiervon in Privatanstalten aufgenommenen Personen sind eingeklammert.

Über den Negativismus.

Von Dr. *Bartholomäus Mager*, Hilfsarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Gabersee (Oberbayern).

Nichts erleichtert die klinische Beobachtung so sehr, als eine eingehende und genaue Symptomatologie", so schreibt Kahlbaum in seiner Abhandlung „Katatonie oder das Spannungsirresein" im Jahre 1873. Diesem Grundsatze soll die folgende Betrachtung über den Negativismus so viel als möglich nachkommen.

Das Verdienst, den Begriff des Negativismus in die Psychiatrie eingeführt zu haben, gebührt dem Verfasser der eingangs zitierten Worte. Kahlbaum hat in seinen klinischen Abhandlungen bekanntlich eine neue Krankheitsform, die Katatonie, aufgestellt und als wichtiges Symptom dieser Krankheitsform den Negativismus beschrieben.

Wohl finden wir auch bei älteren Autoren die hervorstechendsten Erscheinungen des Negativismus, wie Nahrungsverweigerung und Mutazismus erwähnt, (z. B. beschreibt schon Felix Plater 1625 in seiner „Praxis medica" einen derartigen Fall: „De Barone quodam, qui longo tempore attonitus et somnolentus nihil secundum rationem agebat, cibum nec petebat, nec nisi per vim intrusum capiebat, nec lectum nisi coactus accedebat; sed ad mensam tota die bracchio innixus, oculisque clausis veluti dormiens sedebat, nec nisi interrogatus saepiusque admonitus, quicquam, sed tunc quoque, quae ad rem minime pertinebant, respondebat") — jedoch sind diese einzelnen Erscheinungen unklar und auseinandergerissen dargestellt, was ja auch aus den Zusammenstellungen Neißers in seinem Werke „Über die Katatonie" ersichtlich ist. Erst Kahlbaum hat aus diesen Einzelsymptomen eine einheitliche Gruppe zusammengestellt und ihr den Namen Negativismus gegeben.

Lassen wir ihn nun selbst über unser Thema sprechen (Katatonie, S. 46 ff.):

„Was die Symptome aus der Sphäre der Betätigung und des Willens betrifft, so ist schon frühzeitig die Neigung zu Negationen bemerkenswert, welche im Zustand der Attonität ihren ausgeprägten Charakter und ihre größte Höhe erreicht. . . . . . Bei der Katatonie finden wir eine sehr bemerkenswerte Monotonie des maniakalischen Handelns und bei aller Gewalttätigkeit und Fülle des Agierens ein Hervortreten von negativen Willenserklärungen und negativen Gewohnheitshandlungen . . . . . Der katatonische Maniakus . . . . verharrt in seiner einmal angenommenen Weise der Überproduktion sehr konsequent und setzt den Versuchen, ihn zu anderen Weisen der Aktivität zu bewegen, eigensinnigen Widerspruch entgegen. Zu diesen, auf äußeren Anlaß entstehenden Negationen treten aber auch andere, im eigenen Bewußtsein wurzelnde und dieser Krankheitsform eigentümliche. Die prägnantesten Fälle bieten die Symptome der Bettsucht und der Nahrungsverweigerung . . . . . Es gibt wohl keinen Fall, in welchem dieses Symptom der Neigung zur Negation nicht in irgend einer Art vorhanden wäre, und zwar bald in mehr aktiver, bald in mehr passiver Weise. So ist besonders häufig eine Abneigung gegen Ortsveränderung vorhanden: Die Kranken bleiben zu Bett, nicht aus einem, wenn auch unverständigen und krankhaft zu motivierenden Bedürfnis, sondern aus Abneigung gegen Bewegung, oder selbst aus Lust am Widerspruch . . . . . Bei der katatonischen Nahrungsverweigerung fehlt es sehr oft ganz und gar an Motiven, und sie ist entschieden nur das Resultat des Nichtwollens gegen jede Aktivität, die dem Kranken zugemutet wird . . . . . Es herrscht bei den Kranken gewissermaßen eine allgemeine negative Spannung, eine Tendenz zur Negation in verschiedenen Graden, von dem geringsten Grade der bloßen Entschlußlosigkeit bis zum Widerspruch gegen die Aktion, und die Nahrungsverweigerung scheint nur ein Moment aus dieser allgemeinen negativen Tendenz zu sein. Zuweilen freilich scheinen auch bestimmte Wahnideen, oder Wahngefühle als Motiv dafür zu bestehen, ähnlicher Art, wie sie vorher angeführt sind. Aber es könnte die Frage als naheliegend aufgestellt werden, ob nicht auch in diesen selteneren Fällen von Katatonie, wo sich für die Nahrungsverweigerung ein delirantes Motiv darbietet, das scheinbar motivierende Delirium gegenüber dem eigentlichen, sozusagen organischen Impuls nicht doch ein sekundäres ist, etwa nach Schema des Erklärungsversuches oder der Reflexhalluzination. Es würde dann also die motivierende Wahnidee erst konsekutiv aus dem Vorhandensein jener organischen Störung, welche der Negation zugrunde liegt, hervorgehen." —

Kahlbaum versteht also unter Negativismus eine krankhafte Veränderung des Willens, eine Tendenz zur Negation; er unterscheidet einen passiven — „durch äußeren Anlaß entstehenden" — und einen aktiven — „im Bewußtsein des Kranken wurzelnden" Negativismus. Die Ausdrücke „aktiver"

und „passiver" Negativismus sind unglücklich gewählt; denn der „passive" Negativismus zeigt sich oft in „aktivem" Widerstreben und der „aktive" Negativismus in rein „passivem" Verhalten (z. B. Bettsucht). Besser wäre es wohl gewesen, von „reaktivem" und „spontanem" Negativismus zu sprechen. Diese Unklarheit der Bezeichnung ist sicher mit schuld an der Begriffsverwirrung, die in der ganzen Negativismuslehre herrscht. Es wurden später Symptome zum Negativismus gerechnet, die nach Kahlbaums Begriffsbestimmung nicht dazu gehören. So rechnet z. B. von den neueren Autoren Bleuler die katatonische Muskelstarre zu den negativistischen Symptomen. Ob die apraxie-ähnlichen Handlungen sämtlich — wie Bleuler will (s. Dementia praecox, S. 162) — zum Negativismus gehören, ist wohl auch mehr als zweifelhaft.

Sehr wichtig dagegen ist die Feststellung, daß Kahlbaum vom Negativismus, als einer psychischen Erscheinung, gewisse, rein motorische Symptome der Katatonie abtrennt; vgl. „Katatonie", S. 50, wo er von der Flexibilitas cerea als einer „Krampfform" spricht und diese, sowie die „kontrakturartig verkrümmten Haltungen der Glieder" „zerebro-spinale, nicht psychische" Erscheinungen nennt. Auch choreaartige Konvulsionen, epileptiforme Anfälle, Tetanus und Trismus werden als solche spezifisch motorische, vom Negativismus abzutrennende Erscheinungen bei der Katatonie aufgeführt. Diese wohlbegründete Unterscheidung ist bei vielen Nachfolgern Kahlbaums vernachlässigt worden. Wie wir später sehen werden, hat man bald das negativistische Verhalten auf eine rein motorische Störung zurückgeführt, bald die rein motorischen Symptome der Katalepsie und der Muskelspannung als Äußerungen von Negativismus aufgefaßt.

Der Negativismus ist ebenso wie die Katatonie lange Zeit in Vergessenheit geblieben, bis Neißer seine Arbeit schrieb, und später Kraepelin den Begriff der Dementia praecox, in den er die Katatonie einbezog, schuf. Daher stammen auch die meisten Definitionen und Abhandlungen über den Negativismus aus der neueren Zeit.

Es seien zunächst die wichtigsten Definitionen des Negativismus nebeneinander gestellt:

Lundborg (1902) nennt den Negativismus „eine Art (psychisches) Unvermögen, eine gewollte Bewegung oder eine solche, die dem Betreffenden anbefohlen ist, auszuführen." — Bernstein (1903) schreibt: „Unter Negativismus ist nicht das einfache Widerstreben des Patienten gegen äußere Einwirkungen, welche aus etwaigen Gründen ihm zuwider sind, zu verstehen, sondern eine generalisierte Neigung zum Protest als solchen, ein Widerstreben gegen alles und à tout prix." — Bei Kraepelin (1904 und 1911) ist der Negativismus „das triebartige Widerstreben gegen jede äußere Beeinflussung des Willens. Er äußert sich in der Absperrung gegen äußere Eindrücke, in der Unzugänglichkeit für jeden persönlichen Verkehr, in dem Widerstand gegen jede Aufforderung, der bis zur regelmäßigen Ausführung gerade entgegengesetzter Handlungen gehen kann (Befehlsnegativismus), endlich in der Unterdrückung der natürlichen Bedürfnisse." — Bleuler (Dementia praecox, 1911) endlich versteht unter Negativismus „eine Anzahl von Symptomen, die das Gemeinsame haben, daß eine Reaktion, die im positiven Sinne zu erwarten gewesen wäre, negativ abläuft." —

Bei den Erklärungsversuchen des Negativismus traten sich bald zwei Grundtheorien gegenüber: die rein psychische und die rein motorische.

Kahlbaum selbst sieht, wie schon gesagt wurde, im Negativismus etwas Psychisches (Katatonie S. 51), und trennt ihn von den eigentlichen motorischen Symptomen.

Auch Brosius (1877) führt in seinem Aufsatz über die Katatonie das negativistische Widerstreben auf psychische Quellen zurück. Freilich leidet seine Deutung an einer gewissen Verschwommenheit. „Der Katatoniker", sagt er, „ist konservativ." Wie er einmal eine angenommene Sprach- und Gliederbewegung nicht leicht wieder verläßt, sondern in monotoner Weise unzähligemale wiederholt, so verläßt er auch unter größtem Widerstreben nur eine einmal gewonnene Lage und Ruhe; er ist im Stadium der Attonität (vorzugsweise) negativ, abwehrend gegen jede seinen Körper betreffende Veränderung, während ihn eine Veränderung in der Außenwelt, die jenen nicht berührt, gleichgültig, wenigstens anscheinend gleichgültig, reaktionslos läßt.

Die motorische Auffassung vertrat zuerst Roller. Er und andere stützten sich auf die Arbeit von Rieger (1882): Über normale und kataleptische Bewegungen, in welcher die kataleptischen Erscheinungen von der Innervation der Antagonisten abgeleitet wurden.

Roller (1886) dehnt nun diese Theorie auf den Negativismus aus. Er schreibt: „Es ist nicht selten, daß im Verhalten unserer Kranken eine auffällige Innervation der Antagonisten ausgesprochen ist. Das sogenannte reflektorische Widerstreben scheint oft

genug auf einem solchen zu beruhen, auf einer abnorm gesteigerten Tätigkeit der Muskeln, die derjenigen Handlung, welche ausgeführt werden soll, widerstreben, ohne Intervention des Bewußtseins." — Neißer (1887) gibt zu, daß der Rollersche Erklärungsversuch keine völlige Erklärung der negativen Willensäußerungen enthält, aber er bezeichnet ihn „als aussichtsvolle Hypothese".

Auf diese motorischen Hypothesen folgen dann wieder zwei, allerdings unbedeutende Versuche, der rein psychischen Auffassung Geltung zu verschaffen:

Serbsky (1891) nimmt an, daß die negativen Willensbewegungen „im großen und ganzen als Ausdruck entweder bestimmter Wahnideen und Halluzinationen, oder aber wenigstens abnormer — dem Kranken vielleicht selbst häufig dunkler — Empfindungen hervortreten". Hätte Serbsky nicht die Wahnideen und Halluzinationen in den Vordergrund gestellt, so würde seine Ansicht eher diskutabel erscheinen.

Meyer (1899) glaubt, „daß sich der Negativismus in seinen verschiedenen Ausdrucksformen zum Teil ganz gut mit dem Bewußtseinsinhalt in Einklang bringen lasse;" eine genauere Erklärung bringt er aber nicht. —

Eine Verbindung von motorischer und psychischer Theorie des Negativismus ist Wernickes Erklärung (1900): Er geht aus von der Flexibilitas cerea, in der er den spezifischen Rindenreflex auf die passive Bewegung sieht, einen Reflex, der nur auftreten könne bei vollkommener Bewegungslosigkeit, d. h. wenn der Einfluß des Willens überhaupt nicht zur Geltung kommen könne. Wenn aber noch die Möglichkeit eines, wenn auch beschränkten Willenseinflusses erhalten sei, so entstehe bald Pseudoflexibilität, bald Negativität; bald werde durch eine passive Bewegung, die man an dem Kranken vornehme, die Vorstellung der auszuführenden Bewegung erweckt und die entsprechende Aktion erleichtert — bald entstehe der Gedanke der Unausführbarkeit der Bewegung, d. h. zu der Vorstellung der auszuführenden Bewegung geselle sich zugleich der hemmende Gedanke einer Kraftleistung, die in der subjektiven Schätzung zu groß erscheine: Der Effekt des Willens werde dadurch in sein Gegenteil verkehrt. Wernicke bleibt aber die Erklärung dafür schuldig, warum das einemal nur die Vorstellung der auszuführenden Bewegung und das anderemal auch der hemmende Gedanke der Unausführbarkeit auftrete.

Wernicke ist für die Negativismus-Frage außerdem noch von Bedeutung, insofern er den, wie wir später sehen werden, so wichtigen „Affekt der Ratlosigkeit" aufgestellt und erläutert hat. Er versteht darunter einen „Affekt, der sich mit einer akut hereinbrechenden Desorientierung verbindet, eine Art von Reaktiverscheinung auf die durch die Störungen der sekundären Identifikation gesetzten Beirrungen in der Orientierung".

Sommer (1901) erklärt den Negativismus aus der „Tendenz zur Beibehaltung einer einmal gemachten Innervation". Ein geringerer Grad dieser „Perseverationstendenz" soll die Erscheinungen der Katalepsie, die Steigerung derselben diejenigen des Negativismus erklären. Wie aber erklärt sich aus einer gesteigerten Perseverationstendenz die Tatsache, daß die negativistische Reaktion manchmal nicht ein Verharren in dem gerade bestehenden Zustande darstellt, sondern ein aktives Tun des Gegenteils vom Verlangten (z. B. Zurückgehen statt Vorwärtsgehen) ist?

R. Vogt (1902 und 1903), der sich die Erklärung Sommers zu eigen gemacht, nimmt zur Beseitigung dieser Schwierigkeit seine Zuflucht zur Antagonistentheorie: „Der Negativismus läßt sich gleich den anderen katatonischen Symptomen durch Annahme eines erhöhten Perseverationsvermögens der kortikalen Vorgänge einfach erklären. Beim Negativismus weigern sich die psychomotorischen Zentren, dem Willen zu gehorchen; die gegenteilige Bewegung wird durch den höheren Spannungsgrad bei Innervation der Antagonisten ausgelöst."

Lundborg (1902) ist Anhänger der motorischen Theorie. Er vergleicht den Negativismus mit der Myotonia congenita; der tiefere Grund sei wohl eine Schädigung der gestreiften Muskulatur durch eine, der Katatonie eigentümliche Autointoxikation.

Gegen diese Auffassung einer Schädigung der peripheren motorischen Elemente kämpft Alter (1904): Er verlegt die Schädigung zentralwärts kommt aber auch auf die Antagonistentheorie hinaus: „Die Wege zu den Komplexen der Stereone und den zugehörigen Protagonistenzellen sind (infolge lädierter Vitalität der Nervenelemente) im Augenblicke des Anpralls der Energie plötzlich ungangbar; es kommt zu einem jähen Anstauen der kinetischen Energie und schließlich zum Abfluß auf die Antagonisten, die für die betreffende stereopsychische Kombination am meisten in Bereitschaft stehen." Alter unterscheidet übrigens zwischen einem primären (echten) und einem sekundären Negativismus, nur den ersteren erklärt er nach der oben angeführten Theorie; für den sekundären macht er Sensationen und Wahnvorstellungen verantwortlich.

Bernstein (1903) verurteilt die Begründung aus Wahnvorstellungen; im übrigen ist er Anhänger der motorischen Theorie: „Im Negativismus tritt nicht das Widerstreben der Selbstverteidigung zutage, sondern der Widerstand eines gymnastischen Apparates“.

Mit Groß beginnt die Reihe derjenigen Autoren, die mit ihren Erklärungen tiefer in das Wesen des Negativismus eindringen. 1902 schrieb er über die „Affektlage der Ablehnung“. Er geht dabei von der Affektlage der Ratlosigkeit Wernickes aus: „Die Höhe des Ratlosigkeitsaffektes beruht auf dem Verhältnis zwischen der Menge von Reizen, welche die Psyche perzipiert, und der Menge von Reizen, welche sie zu assimilieren vermag. Die Unfähigkeit, sämtliche perzipierten Reize zu einheitlichen Komplexen zu verarbeiten und zu assimilieren, setzt eine Störung des Orientierungsvermögens im weitesten Sinne, und die Selbstwahrnehmung dieser Störung setzt den Affekt der Ratlosigkeit. — Jeder Zuwachs an neuen Reizen erhöht das Mißverhältnis zwischen Orientierungsbedürfnis und Orientierungsfähigkeit, erhöht den Affekt der Ratlosigkeit. Es ist nunmehr selbstverständlich, daß ein solcher Kranker, falls er noch zusammenhängend zu handeln vermag, instinktmäßig jeden Reizzuwachs zu verhindern trachten wird. Damit ist ihm sein Verhalten vorgeschrieben: apathisches Benehmen und Ablehnung jedes Annäherungsversuches. .... Beim Ablehnungsaffekt handelt es sich eher um eine noch fortdauernde Veränderung der Bewußtseinstätigkeit als um eine Fälschung des Bewußtseins.“ Mit Hilfe dieser Affektlage der Ablehnung erklärt er im Jahre 1903 einen Fall von Negativismus; in diesem Falle sei der Negativismus eine spezifische Reaktionsform, welche durch das Zusammentreffen der Affektlage der Ablehnung und der psychomotorischen Hemmung zustande komme und gewissermaßen als Interferenz dieser beiden, an sich selbständigen Momente in Erscheinung trete.

Diese Erklärung revoziert Groß aber 1904, offenbar unter dem Einfluß der Arbeit Bleulers über die negative Suggestibilität. Er ersetzt nunmehr „psychomotorische Hemmung“ durch „psychomotorischen Negativismus“, wodurch natürlich die ursprüngliche Erklärung fällt. Dafür bringt er eine gekünstelte Theorie, die er in folgende drei Sätze zusammenfaßt: 1. Der echte katatone (psychomotorische) Negativismus ist ein Komplex von Phänomenen, welche den Ausdruck einer von der Ichkontinuität abgetrennten Reihe psychophysischer Vorgänge bilden, in keinem Zusammenhange mit den psychischen Vorgängen der bewußten Persönlichkeit stehen und damit keiner nachfühlenden introspektiven Betrachtung zugänglich gemacht werden können. 2. Die Affektlage der Ablehnung beruht auf dem allgemeinen Zustande der Ratlosigkeit und der Steigerung dieses Zustandes durch jede Art von Annäherung; sie ist der nachfühlbare, introspektiv erklärbare Ausdruck der bewußten Persönlichkeit. Spaltungsprodukte des Bewußtseins können nur einen mittelbaren Einfluß auf die Affektlage der Ablehnung ausüben, wenn sie Symptome hervorrufen, durch welche der Zustand der Ratlosigkeit verstärkt wird. 3. Der psychische oder totale Negativismus beruht auf dem Zusammentreffen des katatonen Negativismus und der Affektlage der Ablehnung.“ Mit anderen Worten heißt das: „Der katatone Negativismus ist der Betrachtung so unzugänglich, daß er sich nicht erklären läßt!“

Die unglückliche Korrektur der ursprünglichen Ansicht Groß' ist, wie gesagt, eine Folge der Arbeit Bleulers (1904). Bleuler lehrte: „Bei der psychischen Tätigkeit erkennen wir neben den durch die einzelnen Reize und Triebe bestimmten Richtungen sehr gut die Hemmungen, welche sie aufeinander ausüben. .... Es muß etwas vorhanden sein, was im Gegensatz zu den bekannten Hemmungen aller anderen Funktionen gerade das Herbeiziehen kontrastierender Assoziationen automatisch oder zwangsweise besorgt; — es existiert ein besonderer Mechanismus, eine allgemeine Tendenz, zu jeder Vorstellung auch die Gegenvorstellung zu assoziieren. — Tritt nun dieser Mechanismus bei ungewohnten Gelegenheiten oder quantitativ stärker in Funktion, so haben wir pathologischen Negativismus. Die Suggestibilität ist nur eine verschiedene Seite der gleichen Grundeigenschaft der Psyche und muß aus der gleichen Ursache wie der Negativismus entspringen. Wenn nun die Überlegung irgendwie gehemmt ist, so kommt der elementarere Vorgang zur Geltung: „Die primär zu jeder Vorstellung assoziierte Gegenvorstellung bleibt bestehen.“ Bleuler nennt die negative Suggestibilität das physiologische Prototyp des Negativismus. Auffallend ist, daß er sich gegen die ursprüngliche Groß'sche Auffassung (Affektlage der Ablehnung) mit der Begründung wendet, daß bei Äußerungen des Negativismus nicht immer Zeichen eines Affekts zu sehen sind. Damit setzt er sich in Widerspruch mit seiner eigenen Ansicht über das „Prototyp des Negativismus, das er selbst „gewissermaßen eine Seite der Affektivität“ nennt. Bleuler, der sich sicher große Verdienste um die Negativismusfrage erworben hat, korrigierte übrigens, wie wir später sehen werden, seine Auffassung nachher wieder (er bezeichnet sie

selbst als „zu einseitig.") Die Theorie von der „Gegenvorstellung" wurde von mehreren Autoren aufgenommen, und wird von ihnen teilweise auch heute noch anerkannt (Kraepelin, Ziehen).

Kleist (1909) wendet sich scharf gegen die „Gegenvorstellung": „Nicht das ist das Wesen der Sache, daß zu einer Vorstellung ihr gerades Gegenteil auftaucht, sondern daß der Kranke sich überhaupt gegen die Aufforderung ablehnend verhält." Kein Kranker werde, wenn man ihn auffordere, aus Wollproben alle roten Fäden herauszusuchen, nun die grünen ergreifen. Zu vielen Vorstellungen gebe es auch gar keine Gegenvorstellungen. Was solle z. B. ein Kranker für eine Gegenvorstellung entwickeln, wenn man ihn auffordere, einen Kreis zu zeichnen? Er betont das „Gefühl der Ablehnung" auch bei den gegensinnigen Handlungen der negativistischen Kranken; jede gegensinnige Reaktion trage den Charakter der Ablehnung. Kleist kritisiert aber nicht nur, sondern bringt Krankenbetrachtungen, die den affektiven Charakter der negativistischen Reaktionen aus den Äußerungen der Kranken beweisen. Z. B. berichtet er von einem Kranken, der selbst angibt, daß er durch ein „eigenartiges, schreckähnliches Gefühl" zu den negativistischen Reaktionen veranlaßt werde (Kleist, Weitere Untersuchungen an Geisteskranken, S. 99 ff.).

Endlich kommen wir zur neuesten Theorie des Negativismus von Bleuler (1910), in der er seine frühere Auffassung des Negativismus zum Teil abändert und der affektiven Auffassung des Negativismus entgegenkommt. In seiner zusammenfassenden Arbeit „Zur Theorie des schizophrenen Negativismus" erklärt er alle bisherigen Theorien für unrichtig oder ungenügend und kommt zu folgenden Grundsätzen: „Der Negativismus ist ein kompliziertes Symptom mit verschiedenen, im einzelnen Falle oft zusammenwirkenden Ursachen. Disponierende Ursachen sind: 1. Die Ambitendenz, welche zugleich mit jedem Antrieb einen Gegenantrieb auftreten läßt. 2. Die Ambivalenz, welche der nämlichen Idee zwei gegenteilige Gefühlsbetonungen gibt und den gleichen Gedanken zugleich positiv und negativ denken läßt. 3. Die schizophrene Zerspaltung der Psyche, welche verhindert, daß aus widerstrebenden und mitsprechenden Psychismen das Fazit gezogen werde, so daß der unpassendste Impuls ebensogut in Handlung umgesetzt werden kann, wie der richtige Impuls, und daß zu dem richtigen Gedanken, oder statt desselben, sein Negativ gedacht werden kann. 4. Die Unklarheit und mangelhafte Logik des schizophrenen Denkens überhaupt, die eine theoretische und praktische Anpassung an die Wirklichkeit erschweren oder verunmöglichen. — Auf Grund dieser Dispositionen können schon direkt negativistische Erscheinungen entstehen, in der Weise, daß wahllos positive und negative Psychismen einander vertreten, wobei nur die unrichtigen Reaktionen als krankhafter Negativismus auffallen. Meist aber erscheint die negativistische Reaktion nicht bloß als eine zufällige, sondern sie wird geradezu vor der richtigen bevorzugt. Das hat beim gewöhnlichen, äußeren Negativismus, der in Ablehnung äußerer Einflüsse und dessen, was man normaliter vom Patienten erwarten sollte, besteht, folgende Ursachen: a) Das autistische Zurückziehen des Patienten auf seine Phantasien, dem gegenüber jede Beeinflussung von außen zur unerträglichen Störung wird. Dies scheint das wichtigste Moment. In schweren Fällen ist es allein imstande Negativismus zu erzeugen. b) Das Bestehen einer Lebenswunde (negative Komplexe, unerfüllte Wünsche), die vor Berührung geschützt werden muß. c) Das Verkennen der Umgebung und ihrer Absichten. d) Das direkt feindliche Verhältnis zur Umgebung. e) Die pathologische Reizbarkeit der Schizophrenen. f) Das „Gedankendrängen" und andere Erschwerungen des Handelns und des Denkens, durch die jede Reaktion peinlich wird. g) Oft ist auch die Sexualität mit ihrer ambivalenten Gefühlsbetonung eine der Wurzeln negativistischer Reaktion. — Der innere Negativismus (Gegenantriebe dem eigenen Willen gegenüber, und auf intellektuellem Gebiete das Denken des dem richtigen Gedanken Entgegengesetzten) erklärt sich zum großen Teil aus Ambitendenz und Ambivalenz, die bei der inneren Zerrissenheit des Denkens auch eine geringe Bevorzugung der negativistischen Reaktion begreifen lassen. Sehr ausgesprochene Erscheinungen von innerem Negativismus müssen wohl noch andere mitwirkende Ursachen haben, die wir bis jetzt nicht kennen." —

Es ist als wesentliches Verdienst der Bleulerschen Arbeit zu betrachten, daß sie eine große Anzahl von Momenten und Bedingungen, die das Auftreten negativistischer Reaktionen im einzelnen Falle nach sich ziehen, hervorhebt (s. oben a—g). Ferner hat Bleuler richtig angeführt, daß die schizophrene Spaltung der Psyche (3) und die Unklarheit und mangelhafte Logik des schizophrenen Denkens (4.) das Auftreten negativistischer Reaktionen begünstigen. Aber durch alle diese Momente wird das innerste Wesen des Negativismus

nicht erklärt; denn alle diese besonderen Bedingungen, z. B. das Bestehen einer Lebenswunde, das Verkennen der Umgebung und Ähnliches, brauchen nicht an sich zum Negativismus zu führen. Damit es zum Negativismus kommt, muß noch etwas anderes hinzutreten, der Kranke muß an sich eine Disposition zum negativistischen Verhalten schon haben, und diese Tendenz gilt es zu erklären! Ihr eigentliches Wesen kann wohl nur in einer affektiven Störung gelegen sein! Auffallend ist, daß Bleuler neben der Ambivalenz auch noch die Ambitendenz für nötig findet, ferner geht aus seiner Arbeit hervor, daß er sich nur auf die negativistischen Erscheinungen der Dementia praecox bezieht, während doch der Negativismus auch bei anderen Seelenstörungen in Erscheinung tritt.

Überblicken wir nun diese vielen Theorien, so müssen wir mit Bleuler sagen: „Eine abschließende Erklärung aller negativistischen Phänomene geben zu wollen, wäre verfrüht!" Jedoch erscheint die motorische „Antagonistentheorie" ebenso abgetan, wie die Lehre, das negativistische Verhalten beruhe darauf, daß zu einer Vorstellung ihre „Gegenvorstellung" auftauche. Die Unklarheit, die in der Negativismusfrage herrscht, hat zum Teil ihren Grund auch darin, daß das Symptom des Negativismus bei manchen Autoren noch zu wenig abgegrenzt ist, daß es noch viele fremde Zutaten enthält, von denen es erst gereinigt werden muß. Katalepsie, einfache Muskelspannungen, Manieren sind Dinge für sich, die vom Negativismus abgesondert werden müssen. Die einfache Regungslosigkeit wird oft fälschlich als Äußerung von Negativismus betrachtet. Sie muß in jedem einzelnen Falle genau analysiert werden, und dann zeigt sich, daß sie vielfach nicht Ausfluß von „spontanem" (nach Kahlbaums Nomenklatur „aktivem") Negativismus ist, sondern einfach Äußerung psychomotorischer Bewegungsstörung, ebenso wie die von Kleist als „psychomotorische Apraxie und -Aphasie" bezeichnete Erschwerung der Beweglichkeit und des Sprechens. Von großer Wichtigkeit scheint mir die Unterscheidung eines „generellen" Negativismus, der sich gegenüber jeder beliebigen Bewegungsanregung zeigt, und eines, wie man sagen könnte „elektiven" Negativismus, der nur bei ganz bestimmten Gelegenheiten, gegenüber bestimmten Personen, wahlweise, in Erscheinung tritt. Um beantworten zu können, warum ein Kranker in dem einen Falle negativistisch, in dem anderen zugänglich ist, werden wir häufig mit Bleuler den verschrobenen, vielfach gespaltenen Bewußtseinsinhalt des Schizophrenen zuhilfe nehmen müssen.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Specht, für die gütige Übernahme des Referates, und Herrn Privatdozent Oberarzt Dr. Kleist für die Durchsicht vorliegender Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur (alphabetisch geordnet).

Alter, Zur Genese einiger Symptome in katatonen Zuständen. Neurolog. Centralbl. 1904, S. 8.

Anton, Nerven- und Geisteskrankheiten in der Zeit der Geschlechtsreife. Wiener klinische Wochenschrift 1904, S. 1161.

Arndt, Über die Geschichte der Katatonie. Centralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie, Febr. 1902.

Bernstein, Über die Dementia praecox. Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 60, S. 554.

Bleuler, Die negative Suggestibilität. Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. 1904, VI, S. 249.

— Zur Theorie des schizophrenen Negativismus. Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. 1910, XII, S. 171.

— Dementia praecox. Handbuch der Psychiatrie, herausg. v. Aschaffenburg, Leipzig u. Wien 1911.

Binder, Über motorische Störungen stereotypen Charakters bei Geisteskranken. Archiv f. Psychiatr. Bd. 20, S. 628.

Brosius, Die Katatonie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 33, S. 770.

Groß, Beitrag zur Pathologie des Negativismus. Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. 1903, V, S. 269.

Groß, Zur Differentialdiagnostik negativistischer Phänomene. Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. 1904, VI, S. 345.

Hoche, Dementia praecox. Lehrbuch d. Psychiatrie (Binswanger-Siemerling), Jena 1904.

Kahlbaum, Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten, I. Heft: Die Katatonie. Berlin 1874.

Kleist, Weitere Untersuchungen an Geisteskranken mit psychomotorischen Störungen. Leipzig 1909.

Kraepelin, Psychiatrie. 8. Aufl., Leipzig 1904, u. 9. Aufl., Bd. I, Leipzig 1910.

Lundborg, Beitrag zur klinischen Analyse des Negativismus bei Geisteskranken. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych, 1902, S. 553.

Meschede, Über eine eigentümliche Form antagonistischer u. konträrer Zwangsbewegungen. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 31, S. 711.

Meyer, Beitrag zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen. Arch. f. Psychiatrie, Bd. 32, S. 878.

Neißer, Über die Katatonie. Stuttgart 1887.

Plater Felix, Praxis medica. 1625.

Rieger, Über normale und kataleptische Bewegungen. Arch. f. Psychiatrie, Bd. 13, S. 427.

Roller, Motorische Störungen beim einfachen Irresein. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 42, S. 1.

Schüle, Klinische Beiträge zur Katatonie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Nr. 58, S. 226.
Serbsky, Über die unter dem Namen Katatonie geschilderten Psychosen. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1891 S. 145.
Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten. 2. Aufl. Berlin-Wien 1901.
Svetlin, Ein Beitrag zur Lehre von der Katalepsie. Arch. f. Psychiatrie, Bd. 8, S. 549.
Vogt, R., Zur Psychologie der katatonischen Symptome. Centralbl. f. Nervenheilk u. Psych. 1902, S. 433.
Wernicke, Grundriß d. Psychiatrie. Leipzig 1900.
Ziehen, Psychiatrie. Leipzig 1911.

Mitteilungen.

— **Rechtsgeschäfte mit heimlichen Geisteskranken.** Wie die „Juristischen Tagesfragen“ schreiben, ist das Reichsjustizamt in eine Prüfung der Frage eingetreten, ob gesetzliche Maßnahmen zum Schutze der gutgläubigen Geschäftswelt gegen die Gefahren des Abschlusses von Rechtsgeschäften mit heimlichen Geisteskranken erforderlich erscheinen. Diese Prüfung ist veranlaßt durch eine Reihe von Eingaben aus wirtschaftlich beteiligten Kreisen, so zum Beispiel vom Zentralverband des Deutschen Bank- und Bankiergewerbes, sowie auch durch Erörterungen über die Frage im Reichstag. Bei den letzteren wurde als Beispiel für die Gefahren, die Rechtsgeschäfte mit unerkennbar Geisteskranken in sich bergen, angeführt, daß, wenn ein solcher Geisteskranker von seinem Bankguthaben einen Betrag abhebt, diese Zahlung an ihn nichtig ist, und daß der Bankier, wenn der Geisteskranke den Betrag vergeudet, auf Verlangen des Vormundes die Zahlung nochmals zu leisten hat. Es ist ohne weiteres zuzugeben, daß hierin eine außerordentliche Härte liegt. Andererseits widerspricht es dem Rechtsgefühl, einem Geisteskranken die zivilrechtlichen Folgen seiner Handlungsweise allein aufzubürden. Um hier einen Ausgleich zu schaffen, sind bereits eine Reihe von Vorschlägen gemacht, über die jedoch bisher noch keine Verständigung erzielt ist. Im Gegensatz zu dem Zentralverband des Deutschen Bank- und Bankiergewerbes hat der Deutsche Handelstag im vorigen Jahre die Notwendigkeit gesetzgeberischer Maßnahmen nicht anerkannt, weil es sich bisher nur um eine beschränkte Zahl von Fällen handelte. Für die Prüfung der Frage im Reichsjustizamt ist nun naturgemäß ein möglichst erschöpfender Überblick über alle derartigen Fälle, die bisher festgestellt sind, sehr wertvoll. Aus diesem Grunde hat der Zentralverband eine Sammlung des Materials in Angriff genommen, um es dem Reichsjustizamt zu unterbreiten. Die Haftbarkeit für Rechtsgeschäfte mit heimlichen Geisteskranken beruht auf der Auslegung, die das Reichsgericht dem § 122 des Bürgerlichen Gesetzbuches über die Schadenhaftung bei Anfechtung wegen mangelnder Ernstlichkeit, Irrtums oder unrichtiger Übermittelung gegeben hat. Das Reichsgericht hat sich z. B. auf den Standpunkt gestellt, daß ein nicht erkennbarer Geisteskranker, der einer Bank Wertpapiere verkauft und den Erlös verausgabt, berechtigt ist, von der Bank den vollen bei der Weiterveräußerung der Papiere erzielten Kaufpreis als ungerechtfertigte Bereicherung zurückzufordern.

(Leipziger Tageblatt, 15. Mai 1913.)

— **Westpreußen.** Der Provinzial-Ausschuß hat in seiner Sitzung am 12. November 1912 beschlossen, das Pflegegeld 3. Klasse für Geisteskranke vom 1. April 1913 ab zu erhöhen und zwar:

1. für armenrechtlich Hilfsbedürftige jährlich von 255 auf 300 M.,
2. für Zahler: a) für Kranke, welche der Provinz Westpreußen angehören, von jährlich 400 auf 500 M., b) für Kranke, welche nicht der Provinz Westpreußen, wohl aber dem Deutschen Reiche angehören, von jährlich 600 auf 650 M., c) für nichtdeutsche Kranke von jährlich 750 auf 900 M.

Referate.

— Halvar Lundvall, Lund, Schweden, Über Blutveränderungen bei Dementia praecox nebst einem Versuche einer Art spezifischer Therapie. National-trykkeriet, Kristiania 1912.

Vf. hat seine morphologischen Blutuntersuchungen bei 179 Fällen von Dementia praecox ausgeführt, in 150 Fällen nur Einzelzählungen teils an ruhigen, teils an agitierten Kranken, in 14 Fällen sind aber die Patienten in verschiedenen Geisteszuständen untersucht, und in noch anderen 15 Fällen hat Vf. während längerer Zeit (einmal beinahe 3 1/2 Monate) alltäglich das Blut desselben Patienten während der verschiedenen Krankheitsphasen untersucht und in Kurven registriert.

Zwar bestätigen die Einzelzählungen im großen und ganzen die Resultate der Serienzählungen, im einzelnen Falle ist aber ihr Wert recht bescheiden, und es sollten bei wissenschaftlichen Untersuchungen nur Serienzählungen verwendet werden.

Während der Zeiten, wo die Patienten von psychischen Reizungsphänomenen frei sind, findet man keine anderen Blutveränderungen als Leukopenie mit relativer Mononukleose, d. h. eine Verminderung der absoluten Zahl der polynukleären Leukozyten, und außerdem oft eine scheinbare Polyzythämie, von der man annehmen darf, daß sie auf vasomotorischen Störungen beruht (periphere Zyanose!).

Bei Patienten, die zeitweise motorische und psychische Unruhe zeigen, findet man dagegen periodenweise wiederkehrende Veränderungen, die Blutkrisen genannt werden. Sie zeigen sich in Oligozythämie und Hyperleukozytose.

Die Hyperleukozytose zeigt tiefe, oft bis an die

Werte des Normalen reichende Remissionen. Oftmals kann man eine Initial- und eine Terminalleukozytose unterscheiden; die letztere verklingt oft erst, nachdem die Erythrozyten zu ihren ursprünglichen Werten zurückgekehrt sind.

Die Leukozytose ist hauptsächlich eine Polynukleose. Oftmals zeigen die neutrophilen Leukozyten kurz vor dieser absoluten Vermehrung eine bedeutende, aber schnell vorübergehende Verminderung.

Die eosinophilen Leukozyten zeigen anfangs eine Verminderung, auf dem Höhepunkt der Krise dagegen eine Vermehrung, welche unter Remissionen fortdauert und oft als eine längere oder kürzere postkritische Eosinophilie bestehen bleibt.

Die Mastzellen pflegen um die Zeit der kritischen bezw. postkritischen Eosinophilie etwas zahlreicher aufzutreten.

Oftmals verlaufen diese Blutkrisen ohne irgendwelche sichtbaren Symptome. Wenn sie genügend intensiv sind oder hinreichend lange bestanden haben, werden sie aber von psychischen Reizungsphänomenen, psychischer und motorischer Unruhe, begleitet.

Diese Blutveränderungen werden bei Patienten, die an manisch-depressivem Irresein leiden, vermißt.

Vf. zieht die Schlußfolgerung, daß Dementia praecox mittelbar oder unmittelbar von einem spezifischen äußeren Virus verursacht wird, das, ehe es beobachtbare psychische Störungen hervorruft, sich schon lange durch die Blutveränderungen, die es bewirkt, offenbart.

Zum Schluß teilt er vorläufig seine seit 1908 angestellten Heilversuche mit künstlicher Hyperleukozytose mit. Er verwendet dabei nunmehr folgende Lösung („N. A. H."-Lösung — E. Merck, Darmstadt, liefert dieselbe in Glasampullen eingeschmolzen, da sie sich in Luft und Licht bald zersetzt —): Natrium nucleinicum 100, Acid. arsenicosum 0,05, Hetol 10, Aq. destill. ad 500 ccm.

Hiervon werden je nach der Wirkung, die man erhält, 2 bis 15 ccm subkutan injiziert. Die Behandlung muß längere Zeit fortgesetzt werden. Die Resultate ermutigen wenigstens zu fortgesetzten Versuchen.

Es zeigt sich, daß das Blutbild nach dem Eintritt psychischer Besserung zum Normalen zurückkehrt.

Die Untersuchungstechnik wird eingehend erörtert.

— Stier, Die Bedeutung der Psychiatrie für den Kulturfortschritt. Jena. G. Fischer. Preis 1 M.

Die Antrittsvorlesung des sprachgewandten Verf.s, deren Inhalt in seinem frischen Optimismus und in der ersichtlichen Liebe des Verfassers zu unserem dornigen Berufe herzerfreuend wirkt.

Roth-Landau.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Schlesien**. Oberarzt San.-Rat Dr. Eugen Moeller, Plagwitz, vom 1. Juni 1913 ab als Oberarzt zur Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Brieg versetzt. — Oberarzt Dr. Friedrich Seemann, Lublinitz, vom 1. Juni 1913 ab als 1. Oberarzt zur Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Plagwitz versetzt. — Abteil.-Arzt Dr. Alfons Rother, Brieg, vom 1. Juni 1913 ab unter Ernennung zum Oberarzt zur Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Leubus versetzt. — Abteil.-Arzt Dr. Friedrich Berthel, Rybnik, desgl., Anstalt Lublinitz. — Assistenzarzt Dr. Paul Flemming, Leubus, vom 1. Juni 1913 ab unter Ernennung zum Abteilungsarzt lebenslänglich angestellt.

Therapeutisches.

Eine wichtige hauttherapeutische Neuheit. In der Oesterr. Aerztezeitung Nr. 3 ds. Jahrg. berichtet Privatdozent Dr. R. Polland aus der Grazer dermatologischen Klinik (Vorstand Prof. Matzenauer) über seine höchst bemerkenswerten Erfahrungen mit dem „Teerpräparat Pinosol in der Hauttherapie". Er findet, daß Pinosol aus der Fabrik G. Hell & Comp., Troppau, nicht nur unstreitig einen vollwertigen Ersatz für Oleum Rusci bildet, sondern sogar die „alten Holzteere an Wirksamkeit noch übertrifft". Dabei sind die „unangenehmen Eigenschaften derart herabgemindert, daß sie praktisch keine Rolle mehr spielen". Durch die geringere Reizwirkung erweitert sich das Indikationsgebiet gegenüber Oleum Rusci oder Oleum Fagi. Das Fehlen des Teergeruches ermöglicht den Gebrauch auch bei der ambulanten Behandlung im weitesten Umfange. Im Einzelnen verdient folgendes besonders hervorgehoben zu werden Bei der Ekzembehandlung kann man Pinosolpinselungen (mit folgendem Salbenverband) auch vornehmen, selbst wenn etwas Nässen vorhanden ist, also wenn Oleum Rusci nicht vertragen würde. Es zeigt sich dabei eine beträchtliche entzündungswidrige, das Jucken beseitigende Wirkung. „Unter Pinosolbehandlung wurden die Ekzemherde in vier Tagen flach, blaß und völlig trocken, so daß die Therapie mit 10prozentiger Pinosol-Lassarpasta zu Ende geführt werden konnte". 5—10prozentige Pinosolpasten werden mit bestem Erfolge auch bei Prurigo, trockenen Ekzemen, Lichen urticatus, als Nachbehandlung bei Skabieskuren, überhaupt bei allen Reizzuständen der Haut angewendet.

Bei Skabies rühmt Dr. Polland die Herstellung der Wilkinson'schen Skabies-Salbe mit Pinosol. Das Rezept lautet:

Rp.	Sulfur praecip.	50.0
	Pinosoli	100.0
	Sapon kalin.	
	Axung. porci	aa 150.0
	Cretae	15.0

Diese Salbe empfiehlt sich auch bei den verschiedenen Pilzerkrankungen, z. B. Pityriasis versicolor, P. rosea, Erythrasma, Herpes tonsurans, Ekzema marginatum etc. Ueberall zeigt sich der Vorteil, daß durch die Kur selbst keine Hautreizung verursacht wird, im Gegenteile sekundäre Entzündungsprozesse rasch zur Heilung kommen und eine Nachbehandlung meist überflüssig ist.

Bei Psoriasis gelangt die Dreuw'sche Chrysarobin-Salbe verbessert durch die Verwendung des Pinosols mit Vorteil zur Anwendung.

Rp.	Acid. salicylic.	10.0
	Chrysarobini Pinosoli	aa 20 0
	Sapon. kalin. Vaselini	aa 25.0

Dr. Polland bezeichnet dies als die „promptеste Psoriasisbehandlung bei geringster Reizung und Intoxikationsgefahr". Bei ausgedehnten frischen Psoriasisfällen leistet das Pinosol

als Teerbad die besten Dienste. Auch hier besteht wegen Fortfall des Teergeruches die Möglichkeit der Behandlung daheim und ohne Berufsstörung.

Bei Seborrhoe des Kopfes, namentlich bei den mehr fettigen Formen, eignet sich besonders die flüssige Pinosol-Haarseife.

Die als Toiletteseife im Handel befindliche flüssige Pinosolseife macht die Haut glatt und weich. Nur bei sehr empfindlichen Häuten, namentlich pigmentarmen Blonden empfiehlt sich einige Vorsicht. Die festen Pinosolseifen eignen sich sowohl zum gewöhnlichen Gebrauch, als besonders für Leute mit fettigem, seborrhoischem Gesicht, Akne usw.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823

Nr. 9. 31. Mai 1913/14.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:
Pathologisch-serologische Befunde bei Geisteskranken auf Grund der Abderhaldenschen Anschauungen und Methodik. Von San.-Rat Dr. Fauser, Stuttgart. (S. 105.) — Sammlung von Vererbungsdaten durch „Field Workers“ in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. Von Geza v. Hoffmann, Chicago. (S. 108.) — Frühsymptome der Dementia praecox. Von Anstaltsarzt Dr. Treiber, Landsberg a. W. (S. 111.) — Mitteilungen (S. 113): Der Hilfsverein für Geisteskranke im Kgr. Sachsen. Charité in Berlin. — Referate (S. 113). — Personalnachrichten (S. 114).

Pathologisch-serologische Befunde bei Geisteskranken auf Grund der Abderhaldenschen Anschauungen und Methodik.

Von Sanitäts-Rat Dr. *Fauser*, leitender Arzt der Irrenabteilung des Bürgerhospitals Stuttgart.

(Autoreferat über den gleichnamigen, auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Breslau, Mai 1913, gehaltenen Vortrag.)

In technischer Beziehung ist in erster Linie auf die Publikationen Abderhaldens zu verweisen, dem wir sowohl die grundlegenden allgemeinen physiologischen Ideen wie die Methodik zu verdanken haben. Manches von dem, was F. gefunden hat, lag, in mehr oder weniger bestimmter Form, schon längst sozusagen in der Luft. An seiner Idee z. B., es könnte eine Störung seitens der Geschlechtsdrüsen in ursächlicher Beziehung zu der „Dementia praecox“ stehen, haben alte Reminiszenzen aus dem Schüle'schen Lehrbuch der Psychiatrie teilgenommen; auch in neueren Lehrbüchern der Psychiatrie, in dem Kraepelin'schen und anderen finden sich Hinweise auf diese Frage. Seine auf Grund klinischer Erwägungen schon seit Jahren gehegten und ausgesprochenen Ideen über die Ätiologie der Dementia praecox und anderer Psychosen mußten unbeweisbare Hypothesen bleiben, solange die exakten wissenschaftlichen Methoden zu ihrer tatsächlichen Begründung fehlten. Von der Vermutung ausgehend, daß manche Drüsen der inneren Sekretion, namentlich die Geschlechtsdrüsen resp. ihre Sekrete, Antigencharakter besitzen und sich dann die entsprechenden Antikörper im Blut der Kranken nachweisen lassen könnten, hat F. vor annähernd 4 Jahren unter scharfer Einstellung des Problems auf die Immunitätsvorgänge seine Gedanken auf experimentellem Wege — mittelst der Komplementbindungsmethode — weiter verfolgt, ist aber trotz lange Zeit fortgesetzter, mühevoller Versuche zu keinem positiven Ergebnis gelangt. So mußten die Abderhalden'schen Arbeiten, namentlich das (im April oder Mai 1912 erschienene) kleine Buch „Schutzfermente des tierischen Organismus“ von großem Eindruck auf den Vortragenden werden. Klärend wirkte auch die von Abderhalden bereits mit Erfolg gemachte Anwendung seiner Theorien auf die serologische Diagnostik der Schwangerschaft. Sofort drängte sich F. die Analogie zwischen der Plazenta resp. den nervösen Störungen während der Schwangerschaft und zwischen den Organen der inneren Sekretion resp. den durch sie bewirkten nervösen Störungen auf (der Vortragende führt diese Analogie im einzelnen durch). — F. betont am Schluß dieser historischen Darstellung, daß es sich bei seinen Untersuchungen um eine Synthese mehr weniger intuitiv gewonnener psychologischer und psychiatrischer Ideen mit den exakten Ergebnissen der modernen, chemisch gerichteten Physiologie und Biologie handle.

Der Vortragende geht nunmehr auf seine an ca. 250 Geisteskranken gewonnenen serologischen Befunde ein. Er verweist zunächst auf die in der Deutschen und der Münchener medizinischen Wochenschrift*) von ihm publizierten Arbeiten, in denen er unter genauer Angabe der Protokolle über mehr als 100 Fälle bereits berichtet hat. Er glaubt nunmehr ohne

*) Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 52 und 1913 Nr. 7. (Ref. in ds. Wochenschrift XIV, Nr. 44 und 48.) Münchener med. Wochenschrift 1913 Nr. 11.

Reserve sagen zu dürfen, daß seine Befunde mindestens in der Hauptsache richtig sind; er beruft sich dabei auch auf das Zeugnis der zahlreichen Kollegen aus Universitätskliniken, Irren- und Krankenanstalten, die sich in der letzten Zeit im Stuttgarter Bürgerhospital eingefunden haben, um die Technik zu erlernen.*) „Selbstverständlich sind wir damit noch lange nicht am Ende der Arbeit angelangt, diese fängt vielmehr erst jetzt recht an. Es müssen neben den bereits untersuchten Krankheitsformen auch noch andere serologisch untersucht, es müssen namentlich neben den von mir einbezogenen Organen: Schilddrüse, Testikel, Ovarien, Hypophyse, Zirbeldrüse, Nebennieren, Hirnrinde, auch noch andere Organe daraufhin untersucht werden, ob sie nicht durch eine „Dysfunktion" die Veranlassung zur Bildung von Schutzfermenten geben; es müssen weiterhin immer mehr die feineren Beziehungen zwischen den serologischen und den klinischen Befunden herausgearbeitet werden, wenn die zu erwartenden Fortschritte in ätiologischer, diagnostischer, prognostischer und hoffentlich auch therapeutischer Hinsicht ganz ausgeschöpft werden wollen: nur durch das Zusammenarbeiten vieler kann diese Riesenaufgabe allmählich ihrer Lösung entgegengeführt werden".

Im einzelnen sind seine Befunde folgende:

A. Dementia praecox.

In der Mehrzahl der Fälle Schutzferment sowohl gegen Geschlechtsdrüsen wie gegen Hirnrinde. F. betont bei dieser Gelegenheit, daß es nicht den Abderhaldenschen Anschauungen und den auf ihnen aufgebauten weiteren Forschungen entspricht, wenn man diese Fermente, wie es häufig geschieht, als das Primäre auffaßt (etwa in der Weise, daß manche Menschen infolge irgendeiner mangelhaften Anlage von Hause aus solche Fermente besitzen sollen). Das Primäre ist vielmehr die „Dysfunktion" des Organs (z. B. des Testikels), infolge deren unabgebautes, unvollständig abgebautes, falsch abgebautes — in jedem Fall also blutfremdes — Eiweiß nach dem Blut abgegeben wird, das dann das Blut zur Bildung von Schutzfermenten anregt. Diese Schutzfermente haben dann die Bedeutung, daß sie den unvollkommenen Abbauprozeß im Blut nachholen. F. stellt sich vor, daß im Verlauf dieses nachträglich im Blut sich vollziehenden Abbaus Zwischenprodukte entstehen, die eine schwere Rindenvergiftung herbeiführen und dadurch sowohl die „Dysfunktion" der Hirnrinde im oben skizzierten Abderhaldenschen Sinn, wie parallel damit das psychiatrisch-klinische Krankheitsbild herbeiführen. Bei der „Dysfunktion" der Geschlechtsdrüsen denkt F. in erster Linie an hereditäre Eigenschaften; in einigen Fällen fand F. neben der (an dem Schutzferment erkennbaren) „Dysfunktion" der Geschlechtsdrüsen auch eine solche der Schilddrüse; zur Erklärung erinnert F. an das Korrelationsverhältnis, in dem Geschlechtsdrüsen und Schilddrüse zu einander stehen. Bemerkenswert ist die von F. bis jetzt regelmäßig gefundene Geschlechtsspezifität (das Blut männlicher Dem. praec.-Kranker baut im Dialysierverfahren nur Testikel, nicht Ovarien, das Blut weiblicher nur Ovarien, nicht Testikel ab), und die Brauchbarkeit der Geschlechtsdrüsen auch ganz alter Personen für den Dialysierversuch. Schutzferment gegen Geschlechtsdrüsen konnte der Vortragende mit Sicherheit bis jetzt nur bei Dementia praecox auffinden. „Freilich, das kam mehrere Male vor, daß Geschlechtsdrüsen abgebaut wurden, wo wir diesen Abbau nicht oder wenigstens nicht mit Sicherheit erwarteten; es waren dies solche Fälle, wo wir die Differentialdiagnose zwischen manisch-depressivem Irresein resp. sonst einer rein funktionellen Psychose und Dem. praec. nicht mit Sicherheit stellen konnten oder wo wir bis dahin mit Sicherheit manisch-depressives Irresein etc. annehmen zu müssen geglaubt hatten: hier erwies sich aber die serologische Diagnose unserer klinischen überlegen, denn wir konnten durch genauere Untersuchung und Erhebung der Anamnese oder durch den weiteren Verlauf uns davon überzeugen, daß die serologische Diagnose richtig war. Das ist überhaupt das Förderliche und Erfreuliche an dem gewonnenen neuen Gesichtspunkt, daß nicht das Klinische und das Serologische sich einfach immer decken und restlos ineinander aufgehen, sondern daß häufig ein Rest von Problematischem zurückbleibt, der zum Weiterforschen anregt."

In einer geringen Minderzahl von sicheren Dem. praec.-Fällen wurde Schutzferment gegen Geschlechtsdrüsen oder gegen Rinde vermißt resp. war es zu gewissen Zeiten nachweisbar, zu anderen nicht. Da es sich hier wohl nicht lediglich um Versuchsfehler handeln kann, so ist die Vermutung gerechtfertigt daß die „Dysfunktion" der Geschlechtsdrüsen wie der Rinde nicht immer eine kontinuierliche, sondern,

*) In einem in der naturforschenden Gesellschaft zu Rostock am 3. Mai d. J. gehaltenen Vortrag hat Herr Dr. J. Fischer, Assistent der dortigen Universitätsklinik und Poliklinik für Nerven- und Gemütskranke, über 24 Fälle von Psychosen berichtet, die er im Laboratorium des Bürgerhospitals, nachdem er die Methode bei mir erlernt hatte, selbständig untersucht hat (cfr. Sitzungsberichte und Abhandlungen der naturforschenden Gesellschaft zu Rostock, Bd. V, 1913). D.

manchmal eine intermittierende ist; mitunter glaubte F. hierbei einen Parallelismus zwischen serologischem Befund und klinischem Krankheitsbild beobachten zu können. In einigen Fällen von „Endzuständen", die zu völligem klinischem Stillstand gekommen waren, wurde Schutzferment sowohl gegen Geschlechtsdrüsen wie gegen Rinde vermißt; in solchen Fällen handelt es sich eben nicht mehr um Krankheitsprozesse, sondern um Defektzustände. Gerade für solche Fragen werden ausgedehnte Untersuchungen in großen Anstalten, die ein großes Krankenmaterial Jahre hindurch beobachten können, von der größten Bedeutung werden.

B. Neurosen und Psychosen bei gröberen Erkrankungen der Schilddrüse.

Bei Basedowpsychosen und anderen psychischen Störungen, die in dem weiten Rahmen der Dementia praecox untergebracht werden konnten, fand sich Schutzferment sowohl gegen Schilddrüse wie gegen Hirnrinde. Der Vortragende muß es sich versagen, auf das ganze Schilddrüsen- und Basedowproblem in diesem Zusammenhang näher einzugehen.

C. Die progressive Paralyse.

In der Mehrzahl der Fälle Schutzferment gegen Rinde. Nur in ganz seltenen Fällen von sicherer Paralyse (einwandfreier klinischer Befund, positiver Wassermann in Blut und Spinalflüssigkeit, Lymphozytose der Spinalflüssigkeit) wurde das Schutzferment vermißt. Ob hier vielleicht ein Versuchsfehler (z. B. ungenügende Entfettung der Hirnrinde?) vorlag, oder ob wir auch für die Paralyse eine diskontinuierliche „Dysfunktion" der Hirnrinde annehmen müssen, läßt F. vorerst unentschieden. In zwei Fällen dieser Art bei weit vorgeschrittener Paralyse konnte angenommen werden, daß die Kranken (ähnlich wie Tuberkulöse) nicht mehr imstande waren, Schutzferment zu produzieren. In der (zentrifugierten) Spinalflüssigkeit von Paralytikern konnte F. bis jetzt niemals Schutzferment gegen Rinde nachweisen.*) Daß in einigen Fällen auch Schutzferment gegen Niere, dann und wann auch gegen Leber gefunden wurde, steht mit der Kraepelinschen Auffassung von der Paralyse als einer Erkrankung des Gesamtkörpers völlig im Einklang. An die Stelle des bei der Dementia praecox in die Blutbahn eingedrungenen Geschlechtsdrüseneiweißes tritt nach des Vortragenden Vermutung bei der Paralyse das Spirochäteneiweiß.

*) Es ist natürlich durchaus falsch, wenn daraus der Schluß gezogen wird, daß in der Spinalflüssigkeit sich kein ungenügend oder falsch abgebautes Rindeneiweiß befinde: dieser Schluß wäre nur dann berechtigt, wenn auch der Spinalflüssigkeit die Fähigkeit der Schutzfermentproduktion zugeschrieben werden könnte.

D. „Rein funktionelle" Psychosen (man.-depr., hysterisches Irresein, einfache psychopathische Zustände etc.).

Bis jetzt niemals Schutzferment gegen Hirnrinde. Daraus folgert nur, daß keine gröbere „Dysfunktion" von dieser Seite vorliegt, nicht aber, daß es sich nicht auch bei diesen Psychosen um Rindenvergiftungen handle; immerhin stimmt das nachgewiesene Fehlen einer gröberen „Dysfunktion" der Hirnrinde bei diesen „rein funktionellen" Psychosen ja vollständig mit unseren klinischen Anschauungen überein. Auch gegen Geschlechtsdrüsen und Schilddrüse wurde hier niemals Schutzferment gefunden; selbstverständlich könnte trotzdem eine leichtere „Dysfunktion" dieser Drüsen auch hier vorliegen. Auch seitens anderer Drüsen der inneren Sekretion und anderer Organe: Hypophyse, Zirbeldrüse, Nebenniere, Muskel, Niere, Leber wurde hier keine „Dysfunktion" nachgewiesen. Auch die Möglichkeit ist zu erwägen, ob es sich bei den sogenannten funktionellen Psychosen nicht lediglich um eine übermäßige Abgabe eines normalen Sekrets, also um einen Exzeß hinsichtlich der Quantität, nicht hinsichtlich der Qualität handelt. Weitere Untersuchungen sind auch hier sehr notwendig.

In mehreren differentialdiagnostisch zweifelhaften Fällen sicherte die serologische Untersuchung die Diagnose, die sich dann aus dem späteren klinischen Verlauf als richtig erwies; in einigen Fällen wurde eine falsche klinische Diagnose durch die serologische korrigiert, was durch genauere Nachuntersuchungen, Anamnesenerhebungen und den weiteren Verlauf bestätigt werden konnte.

E. Varia.

Bei epileptischen und alkoholischen Geistesstörungen in einigen schwereren Fällen Schutzferment gegen Rinde; bei chronischen Alkoholikern mit Leberschwellung einige Male Schutzferment gegen Leber. Unter dem schon bei der Paralyse erwähnten Gesichtspunkt der „Metaprozesse" kommt F. hier in hypothetischer Weise auf die Entstehung der sogenannten alkoholischen Leberzirrhose, die Ätiologie mancher chronischer Nierenentzündungen, des urämischen Anfalls etc. zu sprechen. In einer Anzahl von Fällen fand F. bei in Agone liegenden Kranken Schutzferment gegen zahlreiche Organe. F. hebt zum Schluß hervor, daß wir erst am Beginn der Sache

stehen, allerdings, wie er glaubt, einer neuen, großen und wichtigen Sache. „Wenn die Psychiatrie aus diesen Befunden neue Impulse und Anschauungen gewinnt, eine künftige pathologische Serologie der Psychosen in Verbindung mit der pathologischen Histologie des Gehirns die Grenzen der körperlichen Betrachtungsweise der geistigen Störungen erweitert, so wollen wir nicht vergessen, daß wir dieses Neuland in erster Linie Abderhalden zu verdanken haben, der in jahrelangem, zielbewußtem Arbeiten die neuen physiologischen Anschauungen und Methoden uns geschenkt hat."

Sammlung von Vererbungsdaten durch „Field Workers" in den Vereinigten Staaten von Nordamerika.

Von *Géza von Hoffmann*, k. und k. österr. ungar. Vizekonsul, Chicago, Ill.

Die systematische Entsendung geschulter Kräfte (Field workers) behufs Sammlung von Vererbungsdaten über defekte Personen wurde in Amerika zuerst im Staate New Jersey in Angriff genommen und dort auch am weitesten ausgebildet. Die vorbildliche, aus privaten Mitteln erhaltene Schwachsinnigenanstalt in Vineland, N. J. (New Jersey Training School for Feeble Minded Girls and Boys) hatte vor einiger Zeit eine Abteilung zur Sammlung und Aufarbeitung von Vererbungsdaten gegründet; die durch Fragebogen eingeholten Auskünfte über die Familien der anstaltsverwahrten Kinder liefen aber recht spärlich ein. Um Lücken auszufüllen und ergänzendes Material zu beschaffen, wurde eine Angestellte entsendet, die alle Personen, von denen eine Kenntnis der in Untersuchung stehenden Familie zu erwarten war, persönlich aufzusuchen und zu befragen und nach eigenem Gutdünken weitere Nachforschungen anzustellen hatte. Die Verwandten und Bekannten wurden ausgefragt und unter Hinweis darauf, daß es sich um das Wohl der Kinder handelt, war ihr Vertrauen leicht zu gewinnen. Die behandelnden Ärzte, etwa Volksschullehrerinnen und die Ortsbeamten gaben wertvolle ergänzende Auskünfte; die Aufzeichnungen in den Krankenhäusern, Wohltätigkeits- und Strafanstalten wurden auf verwertbare Daten hin durchgesehen.

Diese Methode des unmittelbaren Aufsuchens förderte derart wertvolle Angaben zutage, daß man an die weitere Ausbildung des Systems schritt. Die „Anstalt zum Sammeln und Aufarbeiten rassenhygienischer Daten" (Eugenics Record Office) in Long Island, N. Y., durch die amerikanische Gesellschaft für Züchtungskunde (American Breeders Association) im Jahre 1910 gegründet, veranstaltete — eigentlich noch vor ihrer Eröffnung und seither wiederholt — eigene Kurse zur Ausbildung der „Field workers", zumeist junge Damen mit entsprechender Schulung. Das Hauptgewicht wird auf die Aneignung von biologischen und Vererbungskenntnissen gelegt, die in Amerika sehr hochgeschätzten Mendelschen Regeln werden erklärt, gleichzeitig aber davor gewarnt, in den Tatsachen die Bestätigung gewisser vorher feststehender Regeln zu suchen. Schließlich wird der Gebrauch der bei rassenhygienischen Erbschaftstafeln verwendeten zahlreichen Zeichen und Abkürzungen erläutert.

Diese Anstalt für Rassenhygiene veröffentlichte drei Büchlein, hauptsächlich zum Gebrauche der „Field workers". „The Study of Human Heredity" (siehe vollständige Titel am Ende des Aufsatzes) beschreibt auf 11 Seiten die Art und Weise des Datensammelns und Aufzeichnens, gibt die gebräuchlichen Abkürzungen und eine ganz kurze Erklärung des Mendelismus. Weitere sechs Seiten enthalten beispielshalber einige Sippschaftstafeln und Abdrücke der verschiedenen Zeichen. Letztere werden in Philadelphia (L. F. Walton, 12 So. 4th Str.) in der von mehreren Anstalten für Erbschaftsforschungen angenommenen Form als Feuchtdruckstempel fertig verkauft.

Die zweite Arbeit: „The Trait Book", ist eine nach dem Dezimalsystem geordnete Zusammenstellung von beiläufig tausend Merkmalen, auf deren Vererbungsweise bei den Forschungen geachtet werden soll. Im Zusammenhange mit dem Datensammeln bezweckt das Büchlein die Vermeidung von zu allgemein gehaltenen Bezeichnungen wie „defektiv" „schwachsinnig", und dgl., indem es dem „Field worker" eine genauere Benennung der beobachteten Merkmale ermöglicht. Auch regt es zum Nachfragen über Vorhandensein oder Mangel der verschiedensten Merkmale an, die sonst zum großen Teile unberücksichtigt bleiben würden.

Bei der Aufarbeitung des gesammelten Materials in der Anstalt werden die darin verzeichneten Merkmale nach dem im Buche festgelegten Dezimalsystem klassifiziert, so daß sämtliche bisher eingelaufenen und die Vererbung eines gegebenen Merkmals betreffenden Angaben zu jeder Zeit auffindbar sind.

„The Family History Book" bietet eine eingehende Darstellung der Aufzeichnung von verschiedenen Vererbungsdaten und ist sowohl für „Field workers" als auch für die Öffentlichkeit bestimmt, um die Lust und Fähigkeit zur Herstellung von Vererbungstafeln über die eigene Familie oder zur Beobachtung sich dazu eignender Sippschaften zu heben. Der Laie will auf dem ihm noch fremden Gebiete naturgemäß nach vorgeschriebenen Regeln schablonenhaft vorgehen; so werden auch von der Anstalt für Rassenhygiene am häufigsten fertige Formulare zum Ausfüllen erbeten. Es ist aber nicht möglich,

solche zu drucken, die allen Anforderungen entsprechen würden; je nach den in Untersuchung stehenden oder für eine bestimmte Familie charakteristischen Merkmalen muß auf verschiedene Umstände geachtet werden. Das Büchlein erläutert nun die Vorgangsweise bei Aufzeichnungen über normale Personen, Schwachsinnige, Epileptiker, Geisteskranke, Verbrecher usw.

Wenn es zur Entsendung zwecks Einholens von Daten über die Familie eines Insassen irgend einer Irren-, Schwachsinnigen- usw. Anstalt kommt, wird dem „Field worker" — wie erwähnt, meist eine Frau — zunächst alles mitgeteilt, was über den Patienten bereits bekannt ist. Die auf ihn Bezug nehmende Korrespondenz, die Aufnahmebögen, Aufzeichnungen über ärztliche und psychologische Untersuchungen werden ihm gezeigt. „Adressen und andere verwertbare Angaben werden aufgezeichnet, geordnet und ihm übergeben. Bevor er den Weg zu den Freunden und Verwandten antritt, sucht er den Patienten auf. Dies geschieht in der Form eines freundschaftlichen Besuches. Er erfährt von ihm, was er über seine Freunde und Verwandte weiß, insbesondere in Bezug auf Adressen usw. Die Patienten sind über solche Besuche erfreut und können manchmal recht nützliche Auskünfte erteilen."*) Die persönliche Kenntnis des Kranken sichert dem „Field worker" eine herzliche Aufnahme in seiner Familie, da die Verwandten in der Regel sehr erfreut sind, über den Kranken etwas zu erfahren. „Um den Erfolg zu sichern, muß ein Verhältnis angestrebt werden, das auf gegenseitigem Wohlwollen und Vertrauen beruht. Lieber die Einholung einzelner Auskünfte auf ein anderesmal verschieben, als (durch allzu eindringliches Ausfragen) ein gespanntes Verhältnis zu schaffen. Die Field workers müssen ständig darauf Bedacht nehmen, daß zwischen der Familie und der Anstalt ein freundschaftliches Einvernehmen herrsche, so daß sie im Verwandtenkreis des Patienten jederzeit als willkommene Gäste aufgenommen werden."

Während des Datensammelns melden die entsendeten Kräfte „täglich ihren jeweiligen Aufenthalt und teilen ihre Adresse mit, unter welcher sie am darauffolgenden dritten Tag zu erreichen sind; sie berichten über die Tagesarbeit und ihre Pläne für den nächsten Tag; außerdem senden sie einen Monatsbericht. Die Sippschaftstafeln und die dazu gehörenden Beschreibungen werden der Anstalt von Zeit zu Zeit zur Überprüfung eingeliefert und wenn das Material, welches sich auf eine bestimmte Familie oder Sippschaft bezieht, endgültig zusammengetragen ist, wird es in der Anstalt hinterlegt."*) Die „Field workers" erhalten eigens hergestellte Notizbücher mit gelben und — abtrennbaren — weißen Blättern, aber die Benützung vorgedruckter Formulare wird womöglich vermieden.

Im ersten Kurs in der Anstalt für Rassenhygiene erhielten 12 Personen eine Ausbildung; die Hälfte wurde von der Anstalt gleich angestellt, während die übrigen in anderen Teilen der Union Erblichkeitsforschungen anfingen. Bis zum Sommer 1912, als in Cold Spring Harbor eine Konferenz der „Field workers" stattfand, waren in den vorangehenden drei Jahren insgesamt 32 Personen für derartige Erblichkeitsforschungen geschult worden.

Als Beispiel sei hier die Tätigkeit eines der „Field worker" kurz beschrieben. „Dr. A. H. Estabrook wurde zuerst nach den westlichen Teilen des Staates Massachusetts und Connecticut entsendet, um Sippschaftstafeln über Albino-Familien zu sammeln. Seine zweite Aufgabe war die Untersuchung der Frage, inwieweit die Vererbung beim verbrecherischen Irrsinn eine Rolle spielt, zu welchem Zwecke er dem staatlichen Heim in Matteawan, N. Y. zugeteilt wurde. Gegenwärtig sammelt er Daten über entartete Sippschaften in entlegenen Tälern am oberen Laufe des Hudson. Er meldete, dort eine weitverzweigte, inzüchtige Sippschaft entdeckt zu haben, deren Studium so interessant sein dürfte wie jene der Familien „Juke" oder „Zero". Dr. Estabrook sendete der Anstalt Sippschaftstafeln im Umfange von 35 Seiten mit 168 Seiten dazugehörenden Erläuterungen."**) Seither ist die Beschreibung der letzterwähnten Familie erschienen (The Nam Family).

Außer der ersterwähnten Schwachsinnigen-Anstalt in Vineland und der „Eugenics Record Office" hat eine ganze Reihe von anderen Anstalten in Amerika die Sammlung von Vererbungsdaten durch „Field workers" in Angriff genommen und eine der Aufgaben der Anstalt für Rassenhygiene ist eben, für diese Forschungen Propaganda zu machen.

Ähnliche Arbeiten unternahm D. F. Weeks von der Epileptikeranstalt (Epileptic Village) in Skillman, N. J., und Everett Flood von einer ebensolchen Anstalt (Epileptic Colony) in Mondon, Mass. Dem Beispiele folgte eine staatliche Irrenanstalt (Kings Park State Hospital) in New York und eine in New Jersey (New Jersey State Hospital, Trenton, N. J.); der letzteren ist eine staatlich subventionierte ständige Abteilung für Erblichkeitsstudien angegliedert. Erwähnt seien noch die staatliche Irrenanstalt in Palmer, Mass., zwei Besserungsanstalten (New Jersey Reformatory und Vineland State Home

*) Davenport u. a.: The Study of Human Heredity, S. 1—2. Siehe volle Titel der angeführten Arbeiten am Ende des Aufsatzes.

*) Laughlin: Report on the Organization an the First Eight Months' Work of the Eugenics Record Office. S. 109.

**) Laughlin, a. a. O., S. 108.

for Women) in New Jersey, das Schwachsinnigenheim in Faribault, Minn. (Minnesota School for Feeble-Minded) und ein Heim in Kinston, N. Car. (North Carolina School for the Feeble-Minded) — lauter Anstalten, welche mit Hilfe der neuen Methode des unmittelbaren Aufsuchens der belasteten Familien durch geschulte Investigatoren ein wertvolles, ungeheures Material sammeln. Die Gesetzgebung der Staaten New Jersey und Minnesota bewilligten versuchsweise jährlich 7600, beziehungsweise 5000 Dollar, um den staatlichen Anstalten derartige Vererbungsstudien zu ermöglichen.

In der Anstalt für Rassenhygiene wird das eingelieferte Material in der erwähnten Weise geordnet und in feuerfesten Schränken aufbewahrt. Teilweise jetzt schon, vielleicht etwas voreilig verarbeitet, steht es Forschern jederzeit zur Verfügung. Eine ganze Reihe von Vererbungsstudien ist bereits erschienen.

Die vorbildliche Arbeit ist das vor einem Menschenalter veröffentlichte, 1910 in vierter Auflage gedruckte Werk Dugdales über die entartete Sippschaft Juke. Die Berechnung Dugdales, daß diese Sippschaft der Allgemeinheit 1 1/8 Million Dollar gekostet hat, wird in Amerika von Jung und Alt angeführt. Ähnliche Studien erschienen 1888 und 1897. In Deutschland veröffentlichte Jörger im Jahre 1905 die bekannte Beschreibung der Familie Zero.

Durch Entsendung geschulter Kräfte beschafftes Material verarbeitete zuerst Goddard in Vineland in der kleinen, viel beachteten Studie: Heredity of Feeble-Mindedness, nachdem zuvor C. B. und G. C. Davenport in einer Reihe von Aufsätzen in den Zeitschriften „Science“ und „American Naturalist“ teilweise ebenfalls in den untersuchten Familien selbst eingeholte Vererbungsangaben veröffentlichten.

Die später erschienenen Arbeiten sind dem nachfolgenden Literaturverzeichnisse zu entnehmen. Im allgemeinen können wir derartige Studien in zwei Gruppen einteilen: entweder wird eine weitverzweigte Sippschaft ausführlich beschrieben und die Vererbungsweise aller charakteristischen Merkmale untersucht, oder werden die auf ein bestimmtes (wohl auch an sich nicht einfaches) Merkmal bezüglichen, bisher eingelaufenen Angaben einheitlich verarbeitet (z. B. über Epilepsie, Schwachsinn usw.). Eine nicht überblickbare Menge kleiner Aufsätze in den verschiedensten Zeitschriften bespricht in volkstümlicher Form einzelne Vererbungsbeispiele (z. B. das tragische Schicksal eines Kindes aus der Ehe einer Schwachsinnigen u. dgl.), um für rassenhygienische Forschungen und Maßnahmen Propaganda zu machen.

Literatur.

I. Über „Field workers“ und deren Tätigkeit.

Laughlin, H. H., Superintendent Eugenics Record Office: Report on the Organization and the First Eight Months' Work of the Eugenics Record Office. American Breeders Magazine, 1911, Bd. 2, SS. 107—112.

— An Account of the Work of the Eugenics Record Office. American Breeders Magazine, 1912, Bd. 3, SS. 119—123.

— First Annual Conference of the Eugenics Field Workers. American Breeders Magazine, Washington, D. C. 1912, Bd. 3, SS. 265—269.

Eugenics and the General Genetic Movement. American Breeders Association, Washington, D. C. 1912, 17 Seiten.

Davenport, Charles B., Ph. D., Director Station for Experimental Evolution (Carnegie Institution), Cold Spring Harbor, N. Y.; H. H. Laughlin, David F. Weeks, M. D., E. R. Johnstone, H. H. Goddard: The Study of Human Heredity. Eugenics Record Office. Bulletin, Nr. 2, Cold Spring Harbor. 1911, 17 Seiten. Auch: American Breeders Association, Proceedings of Annual Meetings, 1912, Bd. 7, SS. 289—304.

Methoden der Sammlung und Aufarbeitung von Vererbungsdaten.

— The Trait Book. Eugenics Record Office. Bulletin Nr. 6, Cold Spring Harbor, N. Y. 1912, 52 Seiten.

— and others: The Family History Book. Eugenics Record Office, Bulletin Nr. 7, Cold Spring Harbor, N. Y., 1912, 101 Seiten.

Anweisung, wie Vererbungsdaten gesammelt werden sollen.

II. Einige ältere Sippschaftsstudien.

Dugdale, Robert L.: The Jukes. G. P. Putnam's Sons. New York-London, 1910, Fourth Edition. 120 Seiten.

Klassisches Werk über eine „Juke“ genannte entartete Familie (bis Seite 70). Zweiter Teil: „Further Study of Criminals“, über körperliche, geistige und sittliche Merkmale der Verbrecher, mit familiengeschichtlichen Angaben. (Das Buch ist für den Laien kaum lesenswert.)

McCulloch, Rev. Oscar C.: The Tribe of Ishmael. A Study in Social Degradation. Proceedings of the National Conference of Charities and Correction. Buffalo, N. Y. 1888, S. 154 ff.

Verf. beschreibt eine gegen 1840 in Indianapolis auftauchende, weitverbreitete, entartete Familie, deren Mitglieder Diebe, Mörder, Prostituierte, Bettler und Vagabunden sind, keine Arbeit verrichten können, der öffentlichen und privaten Mildtätigkeit zur Last fallen. Charakteristisch ist der Drang zum Herumziehen. Trunksucht fehlt. Verf. stellt fest, daß Wohltätigkeit zur Vermehrung derartiger Familien beiträgt.

Blackmar, F. W., University of Kansas: The Smoky Pilgrims. American Journal of Sociology. Chicago, Ill., Jan. 1897, Bd. 2, SS. 485—500.

Nicht nur die Großstadt, auch das Land weist verkommene Familien auf. Verf. schildert eine solche „Smoky Pilgrims“

genannte, in äußerster Armut lebende Familie, deren Mitglieder Bettler, Diebe sind, geringe geistige Fähigkeiten besitzen, unsittlichen Lebenswandel führen.

Jörger, Dr. J., Direktor der Irrenanstalt Waldhaus, Chur, Schweiz: Die Familie Zero. Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie, 1905, 2. Jahrg. SS. 494—559. Französisch übersetzt von Dr. Ladame, Archives d'anthropologie criminelle. März-April, 1908.

III. Verarbeitung des durch „Field Workers" gesammelten Materials.

Goddard, Henry H., Director of Research, Training School, Vineland, N. J.: Heredity of Feeble-Mindedness, American Breeders Association, Proceedings of Annual Meetings, 1910, Bd. 6, SS. 103—116. Auch Bulletin Nr. 1, Eugenics Record Office, 1911, 14 Seiten.

Fünfzehn Erblichkeitstafeln schwachsinniger Familien. Im Sonderabdruck auch eine kurze Darstellung der in Vineland, N. J. vorgenommenen Erblichkeitsforschungen.

Cannon, Gertrude L., A. M. and A. J. Rosanoff, M. D.: Preliminary Report of a Study of Heredity in Insanity in the Light of the Mendelian Laws. Eugenics Record Office. Bulletin Nr. 3. Cold Spring Harbor, N. Y., 1911, 11 Seiten. Auch: the Journal of [N]ervous and Mental Disease, 1911, Bd. 38, SS. 272 ff. Besprochen im Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie, Juli-August, 1911, Jahrg. 8, SS. 527—528.

Dasselbe mit Ergänzungen:

Rosanoff, A. J., M. D. and Florence I. Orr, B S., Kings Park State Hospital, Kings Park, N. Y.: A Study of Heredity in Insanity in the Light of the Mendelian Theory. American Journal of Insanity, Baltimore, Md. 1911—1912, Bd. 68, SS. 221—261. Auch Eugenics Record Office, Bulletin Nr. 5. Cold Spring Harbor, N. Y. 1911.

Über Vererbungsweise der Geisteskrankheiten (nach Mendelschen Regeln).

Davenport, Charles B., Ph. D., Director Station for Experimental Evolution (Carnegie Institution), Cold Spring Harbor, N. Y., and David F. Weeks, M. D.: A First Study of Inheritance in Epilepsy Eugenics Record Office. Bulletin Nr. 4. Cold Spring Harbor, N. Y., 1911, 30 Seiten.

Dasselbe mit Ergänzungen:

Weeks, David Fairchild, M. D., Medical Superintendent and Executive Officer of the New Jersey Village for Epileptics, Skillman, N. J.: The Inheritance of Epilepsy. Problems in Eugenics. First International Eugenics Congress, London, 1912, SS. 62—99. The Eugenics Education Society.

Goddard, Henry H., Director of Research, Training School, Vineland, N. J.: The Kallikak Family. A study in the heredity of Feeble-Mindedness, New York, Macmillan Co., 1912, 121 S.

Familiengeschichte eines in der Anstalt in Vineland untergebrachten schwachsinnigen Mädchens. Ein Mann aus guter Familie zeugte mit einer schwachsinnigen Frau ein uneheliches Kind, von welchem die degenerierte Sippschaft abstammt. Derselbe Mann heiratete später eine normale Frau und hatte von derselben gesunde Nachkommen.

Danielson, Florence H. and Davenport, C. B.: The Hill Folk. Report on a rural community of hereditary defectives. Aug. 1912. Eugenics Record Office, Cold Spring Harbor, Long Island, N. Y. 56 Seiten.

Beschreibung einer entarteten, in abgesonderten Berggebieten wohnhaften Sippschaft. Untersuchung der Vererbungsweise von Merkmalen; Feststellung des geringen Einflusses der Umgebung im Vergleich zu angeborenen Eigenschaften; Berechnung der Kosten, welche die Allgemeinheit wegen dieser ausgedehnten Familie zu tragen hatte.

Estabrook, Arthur H. und C. B. Davenport: The Nam Family. A study in Cacogenics. August, 1912. Eugenics Record Office, Memoir Nr. 2. Cold Spring Harbor, Long Island, N. Y. 85 S.

Ähnlich wie Danielson usw., The Hill Folk.

Zahlreiche kurze Aufsätze in Zeitschriften, Anstaltsberichten und in den staatlichen Berichten über Irrenpflege usw. Ein ausführliches Literaturverzeichnis enthält mein im Verlage J. F. Lehmann, München, demnächst erscheinendes Buch: Rassenhygiene in den Vereinigten Staaten von Nordamerika.

Aus der Landesirrenanstalt Landsberg a. W. Direktor Dr. Riebeth.

Frühsymptome der Dementia praecox.

Von Dr. *Treiber*, Anstaltsarzt.

In den Anamnesen unserer Schizophrenen finden wir häufig Angaben über gewisse Eigentümlichkeiten und Absonderlichkeiten, die die Kranken bereits in ihrer Jugend geboten haben und die wir sonst als mehr oder minder charakteristisch für die Krankheit selbst anzusehen gewohnt sind.

In anderen Fällen wieder baut sich das Krankheitsbild der Dementia praecox auf einem Schwach-

sinn geringeren oder höheren Grades auf. Über die Häufigkeit dieser Erscheinungen, die längere Zeit vor dem Sichtbarwerden der eigentlichen Erkrankung von der Umgebung bemerkt zu werden pflegen, herrscht noch keine vollständige Übereinstimmung.

Einige Autoren machen nur allgemein gehaltene Angaben. Sie erwähnen, daß ein Teil der Fälle von Jugendirresein schon vor dem Manifestwerden der Krankheit auffällige Erscheinungen geboten habe, daß vereinzelte von ihnen mangelhaft begabt oder imbezill waren.

Bestimmter drückt sich Kraepelin aus. Er schreibt: „daß in etwa 20 % der Fälle schon lange vor dem Ausbruche der Dementia praecox, oft schon seit der frühen Jugend gewisse Eigentümlichkeiten bestanden haben, die wir sonst im Anschluß an leichtere Schübe der Krankheit sich entwickeln sehen, verschlossenes, menschenscheues Wesen, Schrullenhaftigkeit, übertriebene Frömmigkeit, Unlenksamkeit, andererseits Reizbarkeit, Gespreiztheit, sittliche Haltlosigkeit. Ja, nicht selten ist sogar schon ein ausgeprägter Schwachsinn vorhanden, auf den sich dann die neue Erkrankung gewissermaßen aufpfropft."

Noch weiter geht Bleuler, der bei guter Anamnese nur ganz ausnahmsweise vorhergehende Zeichen der Krankheit vermissen will.

Diese Frage wurde nun von Rittershaus*) an dem Materiale seiner Abteilung in der Weise nachgeprüft, daß er die Krankengeschichten einwandfreier schizophrener Fälle daraufhin durchsah, ob deren Anamnesen Angaben über die in Betracht kommenden Momente enthielten.

Nach Ausschaltung von 20 Fällen ohne sichere Anamnese, 6 Spätkatatonien, 18 Dementia paranoides-Fällen und 7 Puerperalpsychosen blieben ihm 50 Kranke übrig, bei denen fast überall Bemerkungen über die Jugendzeit in den Anamnesen vorhanden waren.

Von diesen wurden 7 als gutbegabte Schülerinnen bezeichnet, die sonst keine Auffälligkeiten geboten haben sollen.

4 lernten schlecht, hoben sich im übrigen von ihren Altersgenossinnen nicht ab. Gute Schülerinnen mit zahlreichen Absonderlichkeiten wurden 11 gezählt; schlechte Begabung im Verein mit mannigfachen Eigentümlichkeiten fand sich 16 mal. Sonderbarkeiten allein ohne Bemerkung über die Schulleistungen waren bei 7 Kranken notiert.

*) Rittershaus: Frühsymptome der Dementia praecox Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns. Festschrift für Dr. Kellner. V. Band.

Dazu kamen noch 5 Fälle, die zwar keine sicheren Anhaltspunkte, wohl aber einige Verdachtsmomente boten.

Rittershaus fand also in über 75 % seiner Dementia-praecox-Kranken angeborenen Schwachsinn oder bereits in der Kindheit auftretende Absonderlichkeiten. Bei 10 % war dies bis zu einem gewissen Grade wahrscheinlich und nur von 14 % konnte nichts derartiges gefunden werden.

Die große Bedeutung eines derartigen Ergebnisses in theoretischer und praktischer Hinsicht leuchtet ein. Eine Reihe wichtiger aus dem Resultate sich ergebender Probleme werden als Themen künftiger Forschung von Rittershaus aufgestellt.

Es erschien lohnend, an einem größeren Materiale in ähnlicher Weise, wie es Rittershaus getan, Untersuchungen anzustellen über Art und Häufigkeit der Frühsymptome bei Dementia praecox. Zu diesem Zweck habe ich von sämtlichen, sich zur Zeit auf der Frauenabteilung der hiesigen Anstalt sich befindenden sicheren Fällen von Schizophrenie die Krankengeschichten daraufhin durchgesehen, ob deren Anamnesen Angaben über die fraglichen Momente enthielten.

Dabei war ich mir dessen wohl bewußt, daß auf diese Weise nur ein ganz grobes Resultat erzielt werden konnte. Die meisten Anamnesen stammen aus den Fragebogen, die von den einweisenden Ärzten ausgefüllt werden, und lassen naturgemäß manche Lücke offen. Nur wenige sind in der Anstalt selbst von den Angehörigen der Kranken erhoben.

Andererseits darf man wohl mit Rittershaus annehmen, daß die auf diese Weise gewonnenen Angaben über das Vorleben der Kranken eher zu dürftig als übertrieben sind, nur die untere Grenze dessen vorstellen, was durch eingehende sachgemäße Prüfung gefunden werden könnte.

Im ganzen fand ich nun 245 einwandfreie Fälle von Dementia praecox bei den Frauen der hiesigen Anstalt.

Von dieser Summe scheiden für die Beurteilung unserer Frage von vornherein 58 aus, bei denen überhaupt keine Angaben über die Jugendzeit in den Anamnesen enthalten waren.

Es bleiben also zur Verwertung noch 187 Fälle übrig.

Bei 51 von diesen enthielt die Krankengeschichte lediglich den Vermerk: normale Kindheit und Entwicklungsperiode. 36 Kranke waren als gut begabt bezeichnet. Irgend welche Absonderlichkeiten wurden an ihnen nicht bemerkt. Bei dreien fanden

sich noch besondere Bemerkungen. Die eine soll ein „kluges Kind", die zweite in der Schule immer die oberste gewesen sein und die dritte mehrfach Prämien bekommen haben.

Geringe bezw. schlechte Begabung und dementsprechend unter dem Durchschnitt stehende Schulleistungen, aber ohne Auffälligkeiten, boten 34 Kranke. Es handelt sich hierbei wohl in der überwiegenden Mehrzahl um leichtere Grade von Imbezillität. Die betreffenden Kranken lernten in der Schule schwer, begriffen schlecht, blieben in ihren Leistungen hinter den Altersgenossinnen zurück. Nur bei wenigen Fällen lassen die Angaben auf das Bestehen eines hochgradigeren Schwachsinns schließen. Hier waren die Schulleistungen äußerst mangelhaft, die Kinder lernten nur notdürftig lesen und schreiben, mußten aus der zweiten oder dritten Klasse konfirmiert werden.

Gute Schülerinnen mit mehr oder minder zahlreichen Absonderlichkeiten fanden sich 22; schlechte Begabung vergesellschaftet mit Abnormitäten wurden 19 mal gefunden. Sonderbarkeiten ohne näheren Aufschluß über die Schulleistungen kamen bei 25 Fällen vor.

Die Art der beobachteten Absonderlichkeiten war bei den einzelnen Kategorien gleich. Bald waren die Kranken in ihrer Kindheit sehr still, in sich gekehrt, schüchtern, verschlossen, menschenscheu, teilnahmlos, bald überaus weichlich, leicht zum Weinen geneigt. Andere wieder waren empfindlich, oder sie trugen ein schrullenhaftes Wesen zur Schau, neigten zu übertriebener Frömmelei, waren affektiert, gespreizt, eitel; wieder andere galten als nervös, litten unter öfters wiederkehrenden Ohnmachten. Weiterhin werden viele als eigensinnig, reizbar, jähzornig, hitzig, zänkisch geschildert, manche als mürrisch, unverträglich, streitsüchtig, hinterlistig. Andere galten als störrisch, mißtrauisch, schließlich wird auch von frühzeitig auftretender sittlicher Haltlosigkeit berichtet.

Wir finden also bei einem großen Teil unserer Schizophrenen bereits vor der Pubertätszeit Eigentümlichkeiten, die diese deutlich von ihren Altersgenossen abheben, sie „anders wie die anderen" erscheinen lassen.

Leider enthalten die Krankheitsgeschichten keine Angaben über den genauen Zeitpunkt, an dem diese Erscheinungen zuerst bemerkt wurden.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Der Hilfsverein für Geisteskranke im Königreiche Sachsen** hielt kürzlich in Dresden seine diesjährige Ausschußmitglieder- und Mitgliederversammlung ab. Infolge Krankheit des ersten Vorsitzenden Herrn Geheimen Rat Dr. Weber eröffnete der stellvertretende Vorsitzende, Herr Anstaltspfarrer Erler-Sonnenstein, die Versammlung. Aus dem Bericht ist hervorzuheben, daß der Verein am Ende des Berichtsjahres einen Bestand von 4361 Mitgliedern aufzuweisen hatte. Der Verein hat sich im Berichtsjahre weiter gut entwickelt. Ein neuer Bezirk ist in der Amtshauptmannschaft Stollberg unter der verdienstvollen Leitung des Herrn Dr. Breitbarth mit 32 Mitgliedern ins Leben getreten. Der Kassenbericht, den Herr Anstaltsdirektor Medizinalrat Dr. Ackermann erstattete, ließ ebenfalls die gute Weiterentwickelung des Vereins erkennen und gab einen Einblick in die Fälle, in denen der Verein helfend eingreifen konnte. Da Herr Geh. Rat Dr. Weber aus Gesundheitsrücksichten vom Amte eines ersten Vorsitzenden zurücktrat, mußte es wegen des Zusammenarbeitens des Vorstandes wünschenswert erscheinen, daß der Vorstand sich am gleichen Orte befindet, es wurde zum ersten Vorsitzenden Herr Anstaltsdirektor Medizinalrat Dr. Ackermann, zum Schriftführer Herr Anstaltspfarrer Wehrmann und zum Kassierer Herr Oberarzt Dr. Heinicke, sämtlich in Großschweidnitz, gewählt. Den scheidenden Vorstandsmitgliedern wurde der herzliche Dank des Vereins ausgesprochen und Herr Geheimer Rat Dr. Weber im Hinblick auf seine großen Verdienste um den Verein einstimmig zum Ehrenvorsitzenden des Vereins ernannt.

— **Charité in Berlin.** Der Magistrat Berlin hat den am 31. März 1879 mit der Charitéverwaltung geschlossenen Vertrag wegen Errichtung eines Irrendepots (Neue Charité) gekündigt.

Referate.

— Näcke, Prof. Dr., Zwei sexologische Themen: 1. Die Zeugung im Rausche und ihre schädlichen Folgen, 2. Die inadäquate Keimmischung (Keimfeindschaft). Zeitschr. f. d. gesamte Neur. u. Psych. Orig. XI, 1 u. 2, 1912.

Prof. Näcke legt der Rauschzeugung weniger Bedeutung bei als z. B. Holitscher, Hoppe, Bayerthal u. a. Die Schwierigkeit liegt einmal in dem schwer zu erbringenden Nachweis, wann die Zeugung erfolgt ist, und zweitens in der Dehnbarkeit des Begriffes „Rausch". Ein schädlicher Einfluß auf die Frucht ist bloß wahrscheinlich, keineswegs sicher. Ähnlich verhält es sich mit der inadäquaten Keimmischung. Ein streng wissenschaftlicher Beobachter wird, wie es Prof. Näcke ver-

langt, in solchen zweifelhaften Fällen sehr vorsichtig urteilen und immer nur sagen: ich meine, ich glaube, um gegenüber einer nicht erwiesenen Behauptung (Hypothese) nur die persönliche Ansicht zum Ausdruck zu bringen. Dr. Vogel-Colditz.

— Dr. Siegmund Auerbach, Vorstand der Poliklinik für Nervenkranke in Frankfurt a. M., Der Kopfschmerz. Seine verschiedenen Formen, ihr Wesen, ihre Erkennung und Behandlung. Berlin 1912. Julius Springer. 132 Seiten.

Verf. behandelt A.: Migräne, neurasthenischen und besonders den „Knötchen- oder Schwielen-(rheumatischen) Kopfschmerz" (S. 52 bis 84); dann die mannigfachen Arten bei B.: Organerkrankungen (1. Gehirn, 2. Sinnesorgane, 3. Magendarmkanal, 4. Nieren); ferner C.: den Kopfschmerz bei Allgemeinkrankheiten und D.: die Kombination verschiedener Kopfschmerzformen.

Dr. Vogel-Colditz.

— Max Kaufmann, Dr. med. et phil., Halle a. S., Die Psychologie des Verbrechens. Eine Kritik. Verlag von Julius Springer. Berlin 1912. 344 S.

In ausführlicher Weise beschäftigt sich Verf. in vorliegender Monographie mit dem Verbrechen und mit den Verbrechern. Er bespricht die Grundelemente, sodann die verschiedenen Verbrechertypen (z. B. Landstreicher, Prostituierte usw.), geht auf die Ursachen des Verbrechens ein und schließt mit einem Abschnitt über die Reaktion der Allgemeinheit auf das Verbrechen.

Verfasser hat, das zeigt sich wiederholt bei der Lektüre seines Buches, den Verbrecher nicht nur hinter Schloß und Riegel, sondern auch im Leben, in der Freiheit kennen gelernt und nimmt ihm gegenüber im großen und ganzen einen äußerst milden Standpunkt ein.

So interessant viele seiner Ausführungen auch sind, so kann man doch sein Urteil über die begutachtenden Psychiater keineswegs in allen Punkten teilen. Einmal glaubt er sich zu der Annahme berechtigt, daß „durchaus nicht jeder Kreisarzt etwas von Psychiatrie versteht"; beim Nachweis einer erblichen Belastung versteigt er sich zu der Behauptung: „manche unerfahrenen Psychiater (wer?? Ref.) versuchen mit solchen kindlichen Beweismitteln einen Menschen als nicht normal hinzustellen" (!), Kraepelins Anschauungen über irrenärztliche Sachverständigentätigkeit bezeichnet er als „zersetzend" (!), erwähnt auch später noch einmal „das Bestreben mancher Psychiater, die Grenze zwischen Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit zu verwischen" (!). Sapienti sat!

Schade, daß derartige Auslassungen die Lektüre des Buches und seinen Wert naturgemäß vermindern müssen. Kürbitz-Sonnenstein.

— Zentralorgan der Medizin (Monatsschrift) Nr. 1, Mai 1912. Verlag Rettig & Kollmorgen, Hamburg 36.

Ungemein umfassende internationale Revue über die gesamte medizinische Literatur, die dem wissenschaftlichen Arbeiter wie dem Buchhandel gleich willkommen sein wird. Roth-Landau.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Dresden.** Städt. Heil- und Pflegeanstalt. Dem dirigierenden Arzt Geheimrat Dr. Ganser wurde das Ritterkreuz I. Klasse des Albrechtsordens mit der Krone verliehen. Dr. Heinel trat als Assistenzarzt, Dr. Rüder als Medizinalpraktikant ein.

— **Ueckermünde.** Oberarzt Dr. Halbey von der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt wurde zum Kreisassistenzarzt in Kattowitz ernannt.

— **Galkhausen.** Dr. E. Kellner ist von Johannisthal bei Süchteln nach Galkhausen versetzt.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma

Gehe & Co., A.-G., Dresden-N.,
betr. Arsen-Triferrol

bei, welchen wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien) — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 10. 7. Juni **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Die vierte Pommersche Provinzialheilanstalt in Stralsund. Von Dir. Dr. Horstmann, Sanitätsrat. (S. 115.) — Frühsymptome der Dementia praecox. Von Anstaltsarzt Dr. Treiber, Landsberg a. W. Schluß. (S. 125.) — Mitteilungen (S. 127): Gibt es spezifische, mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren nachweisbare Schutzfermente im Blutserum Geisteskranker? — Referate (S. 127). — Personalnachrichten (S. 128). — Terapeutisches (S. 128).

Die vierte Pommersche Provinzialheilanstalt in Stralsund.

Von Direktor Dr. *Horstmann*, Sanitätsrat.

Der 35. Pommersche Provinziallandtag beschloß im März 1908 den Bau einer vierten Provinzialheilanstalt, die nach ihrer Fertigstellung zur Aufnahme von 1000 Kranken der III. Klasse beiderlei Geschlechtes und nebenher in einem eigenen gesicherten Hause zur Aufnahme von 50 besonders gefährlichen und kriminellen Geisteskranken dienen soll. Heilbare und Unheilbare sollen hier in gleicher Weise wie in den übrigen Pommerschen Provinzialheilanstalten aufgenommen werden.

Die Anstalt liegt auf einem 400 Morgen großen, fruchtbaren Ackergelände, zwei Kilometer westlich von der Stadtgrenze Stralsunds an der Rostocker Chaussee. Dieses Gelände wurde der Provinzialverwaltung von der Stadt Stralsund unentgeltlich überlassen. Ein kleineres, direkt anschließendes Gelände ist ferner von der Stadt aufgeforstet worden und der Anstalt zum alleinigen Gebrauche zur Anlage von Parkwegen, Spielplätzen etc. unter Vorbehalt der Holznutzung für die Stadt überlassen worden.

Das Gelände liegt auf einer Anhöhe, die einen schönen Blick auf die turmreiche alte Hansastadt gewährt. Durch ausgedehnte gärtnerische Anlagen und Anschonung von Waldbäumen ist damit begonnen, das bisherige Ackerland durch Parkanlagen für Spaziergänge geeignet zu machen und Schutz gegen unsere rauhen Winde zu schaffen.

Als ein sehr beklagenswerter Übelstand wird es empfunden, daß von der Stadt zur Anstalt bisher keine Verbindung der elektrischen Straßenbahn hergestellt wurde, sowie daß von der Eisenbahnverwaltung bisher nicht die Errichtung einer Haltestelle der direkt an der Anstalt vorbeiführenden Rostocker Bahn zu erlangen war. Die stärkere Belegung der Anstalt wird diesen Übelstand immer mehr hervortreten lassen. Damit wird aber auch zugleich das Bedürfnis augenfälliger werden, sodaß dann auch mehr Geneigtheit zur Abhülfe bei den zuständigen Stellen zu erhoffen sein wird.

Der Bau erfolgt mit der Zunahme des Bedürfnisses in der Provinz Schritt haltend in mehreren Abschnitten. Die erste Bauperiode nahm ihren Anfang, als am 5. April 1909 der erste Spatenstich erfolgte, und fand ihren Abschluß mit der Eröffnung der Anstalt am 5. Juni 1912.

Für die erste Bauperiode, in der die Zentralanlagen in einem Umfange, wie er den Bedürfnissen nach Fertigstellung der gesamten Anstalt entspricht, erbaut wurden, stellten sich natürlich die Kosten verhältnismäßig hoch. Es wurden bisher Plätze geschaffen: 278 auf der Männerseite, 171 auf der Frauenseite und 50 im Verwahrungshause. Die für die erste Bauperiode mit 2 960 000 M. vorgseehene Summe wurde nicht ganz aufgebraucht.

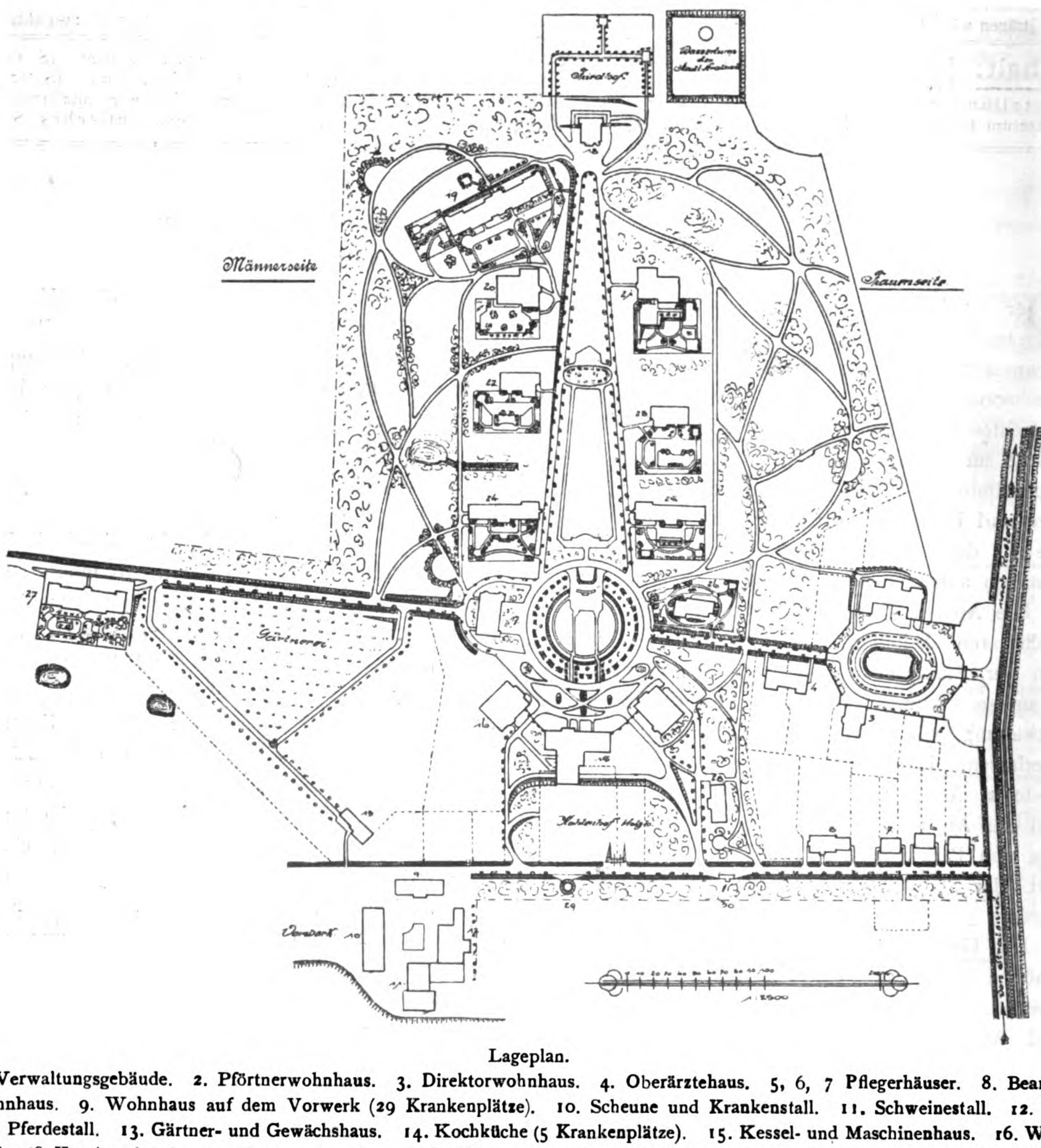
Die Baupläne wurden von unserem Landesbaurat, Herrn Geheimen Baurat Drews, das Bauprogramm vom Verfasser entworfen.

Die Krankengebäude werden von einem mit den neuesten Errungenschaften der Technik ausgestatteten Maschinenhause durch eine in begehbaren Kanälen fortgeleitete Fernwarmwasserheizung erwärmt. Das Verwahrungshaus, das Verwaltungsgebäude und das Direktorwohnhaus werden ihrer ungünstigen Höhen-

lagen wegen durch örtliche Zentralheizungsanlagen geheizt.

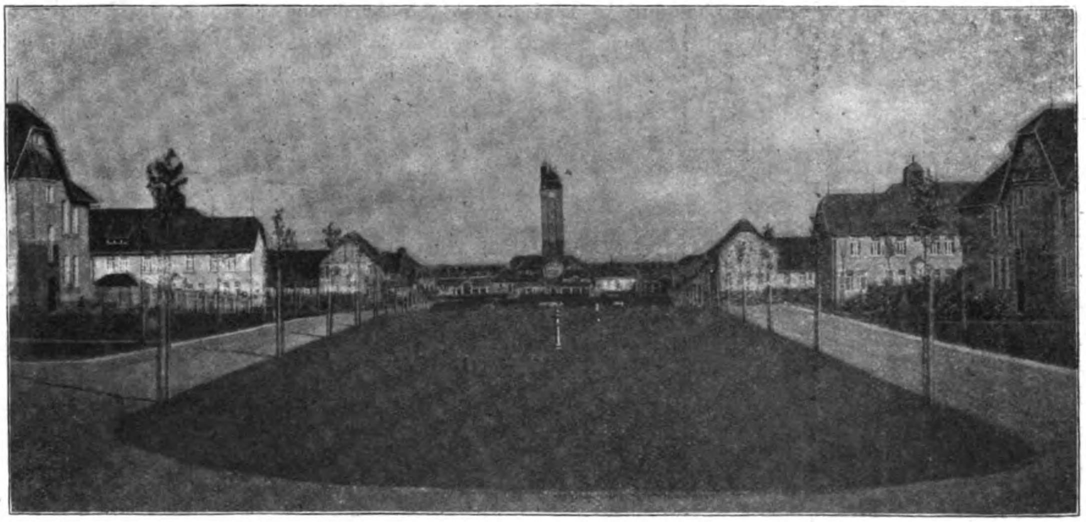
Gutes und reichliches Trinkwasser liefern die etwa $^1/_2$ Kilometer abliegenden, in einem Kessel gefaßten Quellen von Strahlerhof. Ein Anschluß an das dicht beim Anstaltsgelände liegende Hochreservoir der städtischen Wasserversorgung dient zur Reserve und ferner mit Rücksicht auf die größere Weichheit des städtischen Wassers zur Speisung der Kessel und zum Gebrauch in der Waschküche. Die gesamten Abwässer werden durch die Kanalisation in das städtische Siel geleitet.

Die Innen- und Außenbeleuchtung erfolgt durch elektrisches Licht. Licht- und Starkstrom (für Pumpen, Kühlapparat, Motore in der Waschküche, in den Werkstätten und auf dem Wirtschaftshofe) werden vom städtischen Elektrizitätswerk bezogen. Eine Dynamomaschine im Kesselhaus dient zur Reserve und zur Ergänzung der städtischen Stromleitung. Demnächst wird auch das in Stralsund errichtete

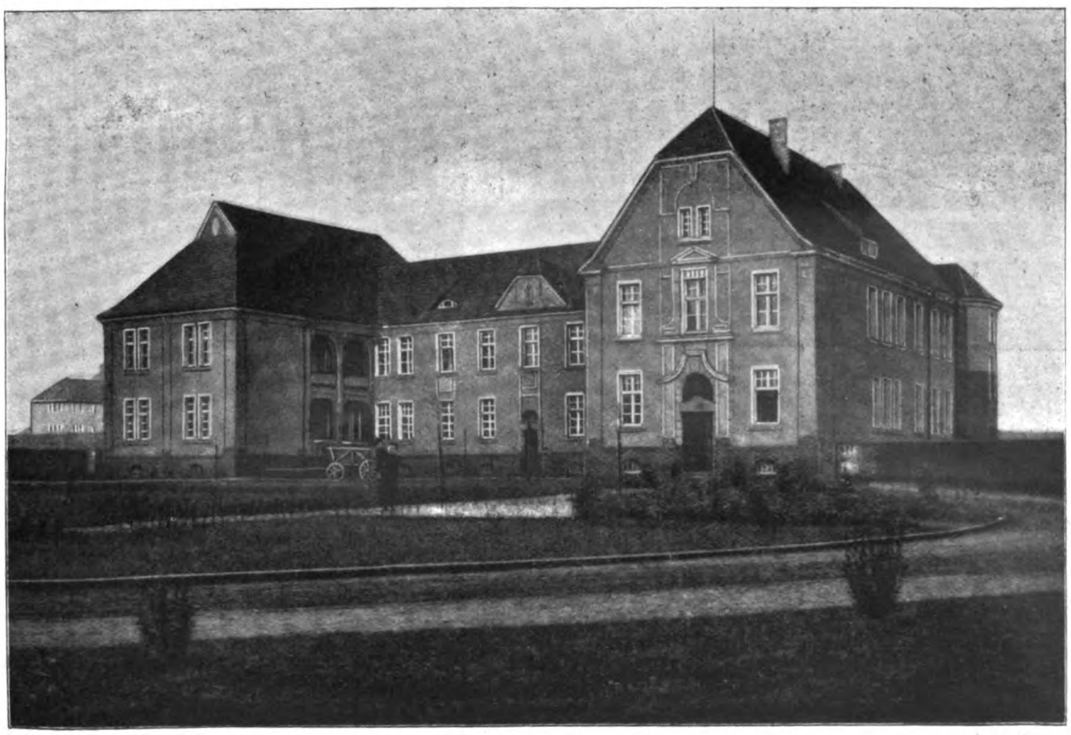


Lageplan.

1. Verwaltungsgebäude. 2. Pförtnerwohnhaus. 3. Direktorwohnhaus. 4. Oberärztehaus. 5, 6, 7 Pflegerhäuser. 8. Beamtenwohnhaus. 9. Wohnhaus auf dem Vorwerk (29 Krankenplätze). 10. Scheune und Krankenstall. 11. Schweinestall. 12. Kuh- und Pferdestall. 13. Gärtner- und Gewächshaus. 14. Kochküche (5 Krankenplätze). 15. Kessel- und Maschinenhaus. 16. Waschküche (8 Krankenplätze). 17. Versammlungshaus. 18. Kirche. 19. Siechenhaus (110 Krankenplätze). 20. Unruhige Männer (64 Krankenplätze). 21. Unruhige Frauen (54 Krankenplätze). 22. Halbruhige Männer (50 Krankenplätze). 23. Halbruhige Frauen (50 Krankenplätze). 24. Wache Männer (34 Krankenplätze). 25. Wache Frauen (34 Krankenplätze). 26. Landhaus für Frauen (20 Krankenplätze). 27. Verwahrungshaus. 28. Werkstättengebäude. 29. Eiskeller. 30. Wagehaus. 31. Einfahrt.



Blick von der Kirche auf den Wasserturm. Links: Frauenkrankenhäuser. Rechts: Männerkrankenhäuser.



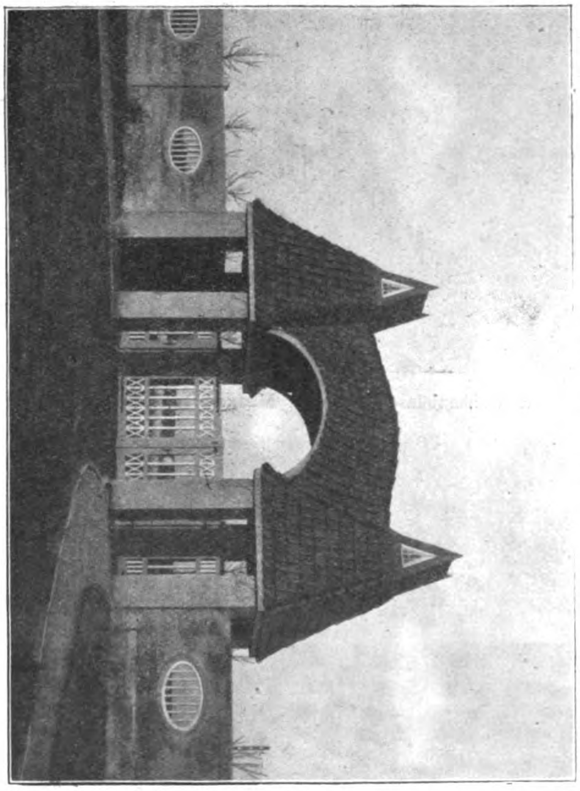
Verwaltungsgebäude.

Werk der Überlandzentrale als Stromspender eintreten.

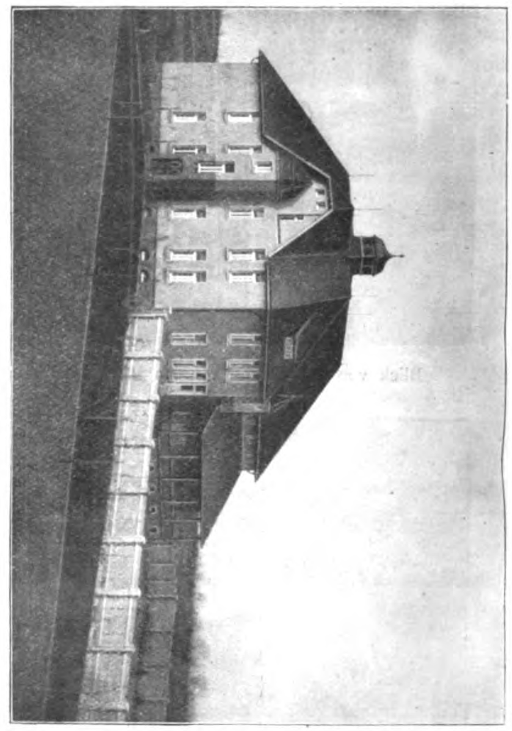
Indem ich hier einen Situationsplan der Anstalt, sowie verschiedene Pläne der Krankengebäude bringe, glaube ich von weiteren Erläuterungen über Anordnung und Zweck der einzelnen Gebäude Abstand nehmen zu dürfen. Der Lageplan ist durch die beiden senkrecht aufeinanderstehenden Axen, deren eine durch den Haupteingang, das Versammlungshaus, das Verwahrungshaus, deren andere durch den Wasserturm des Maschinenhauses und den Kirchturm gekennzeichnet sind, einerseits sehr leicht übersichtlich, andererseits von günstiger Wirkung auf das architektonische Gesamtbild.

An der sogenannten hinteren Zufuhrstraße, welche parallel zu einer der oben bezeichneten Axen an der

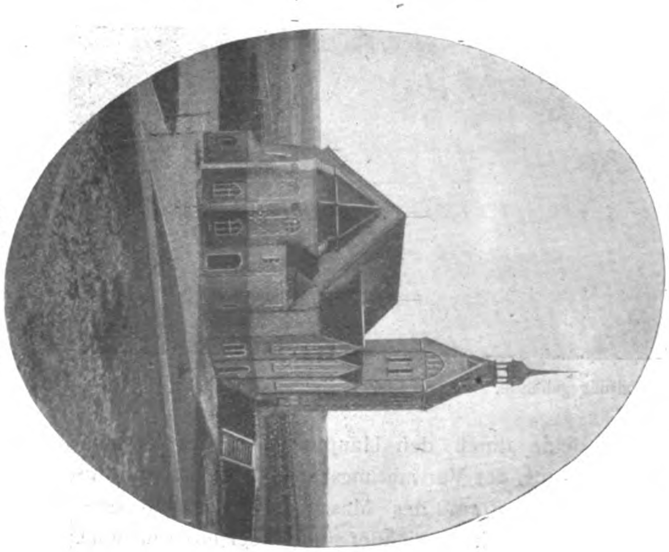
Rostocker Chaussee zum Vorwerk (Wirtschaftshof) führt, und die zur Anfuhr der Kohlen, der Küchen- und Hausmaterialien dient, liegen die Pflegerhäuser, der Eiskeller, das Wagehäuschen.



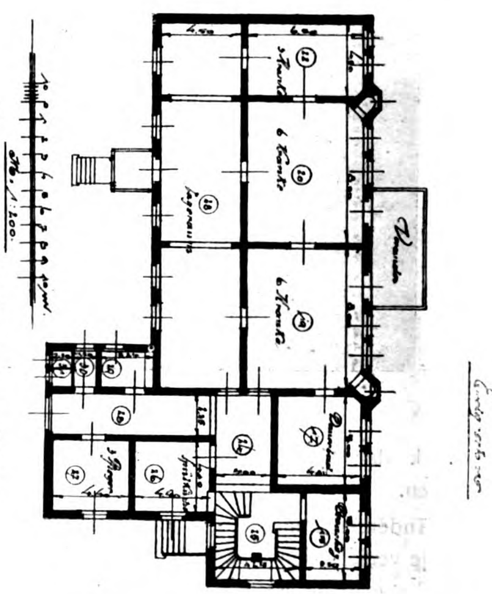
Haupteingang.



Frauen-Unruhigenabteilung.



Kirche, von außen.

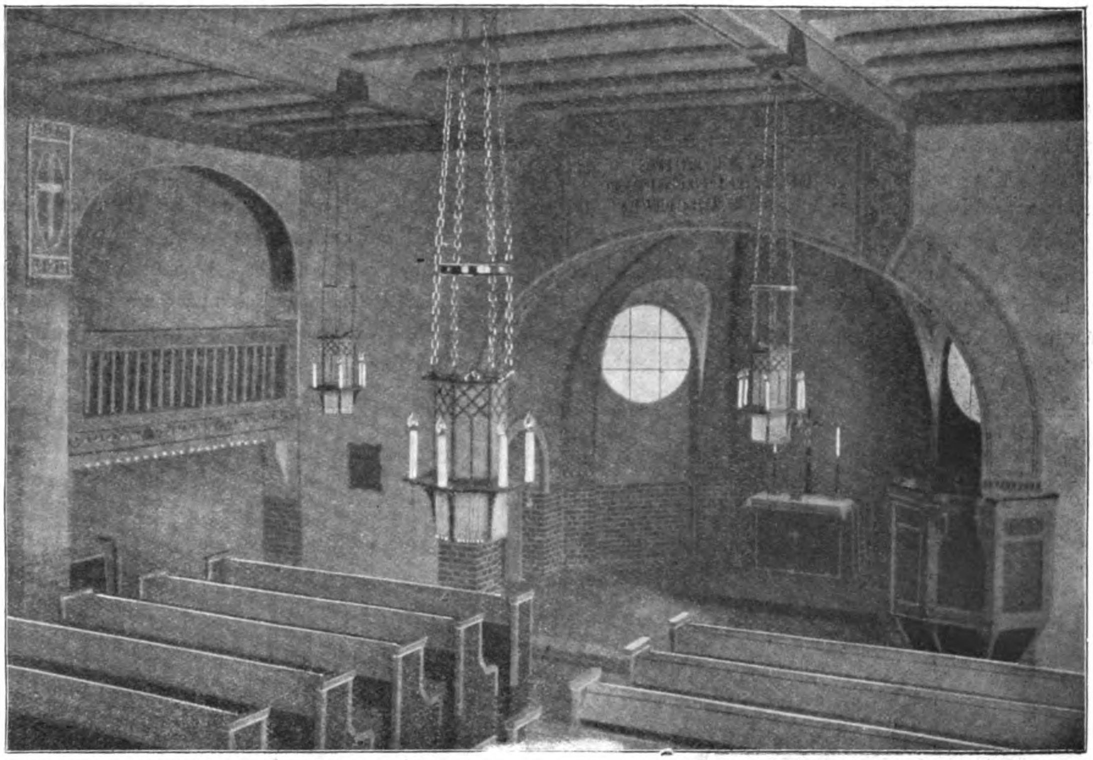


Haus für halbruhige Frauen bezw. Männer.

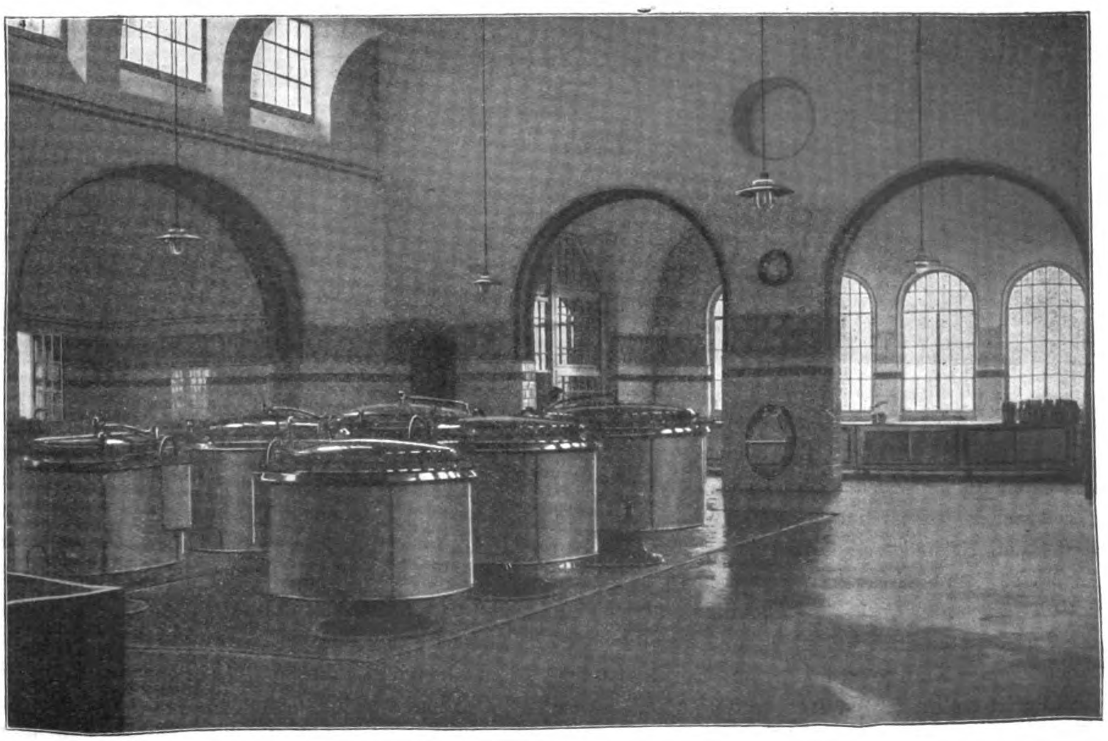
Bei Erbauung der Krankengebäude wurde darauf Bedacht genommen, daß alles, was an Zwang erinnert (keine Mauern, keine Gitter etc.), in Wegfall kommt. Als Fenstermuster wurde ein Doppelrahmenfenster mit modifiziertem Hitzig'schen Drehflügel und oberen Kippflügel gewählt.

Besonders reichlich wurden Liegeplätze für Bettbehandlung und Wannen für Dauerbäder vorgesehen.

Alle Schlafsäle wurden mit den von Mercklin eingeführten Nischen-Klosetts (nischenartiger Aus-



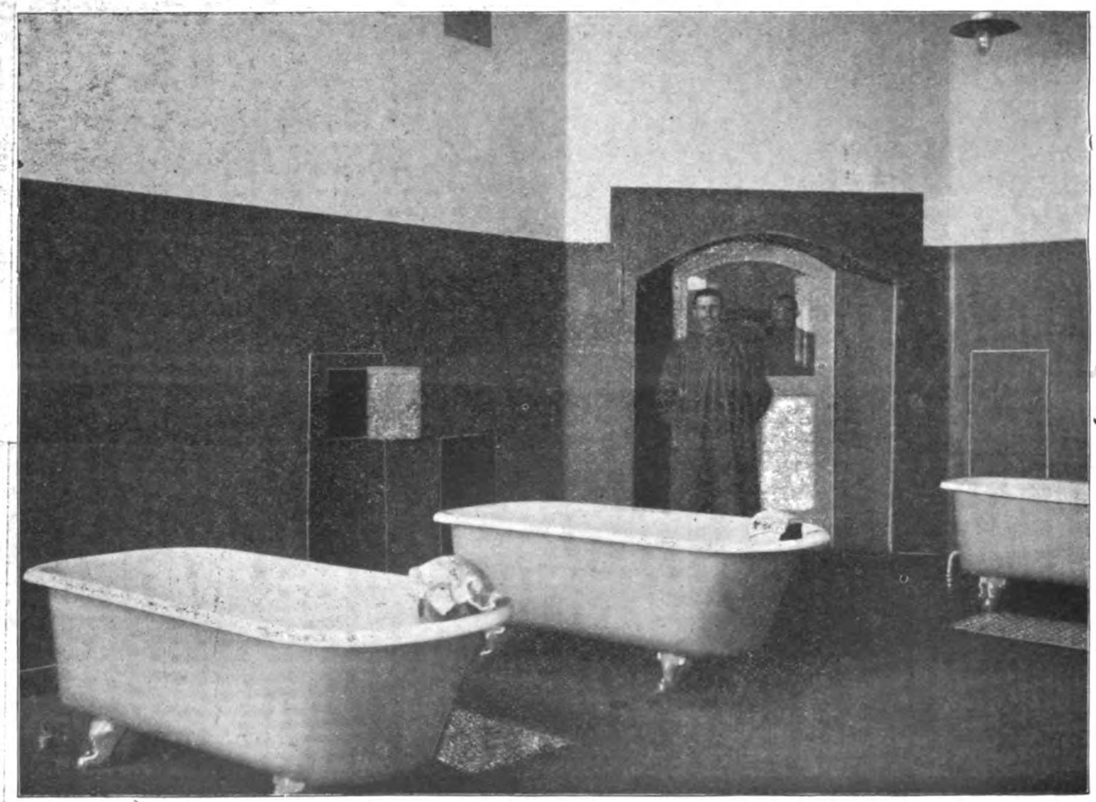
Kirche, Inneres.



Kochküche.

bau, Türen mit großen Fenstern aus dickem Kristallglase, so daß der Kranke mit dem Oberkörper während der Benutzung des Klosetts für den Pfleger sichtbar bleibt) versehen. Ich halte diese Einrichtung aus praktischen und ästhetischen Gesichtspunkten heraus als die beste Lösung dieser Frage.

Als eine Neuerung in gewissem Sinne mag die Anordnung gelten, die ich den Liegesälen in den Unruhigen-Abteilungen gab, indem ich sie unter Zurückgreifen auf ein altes, im Gefängnisbau angewendetes Prinzip um einen panoptischen Punkt gruppierte.



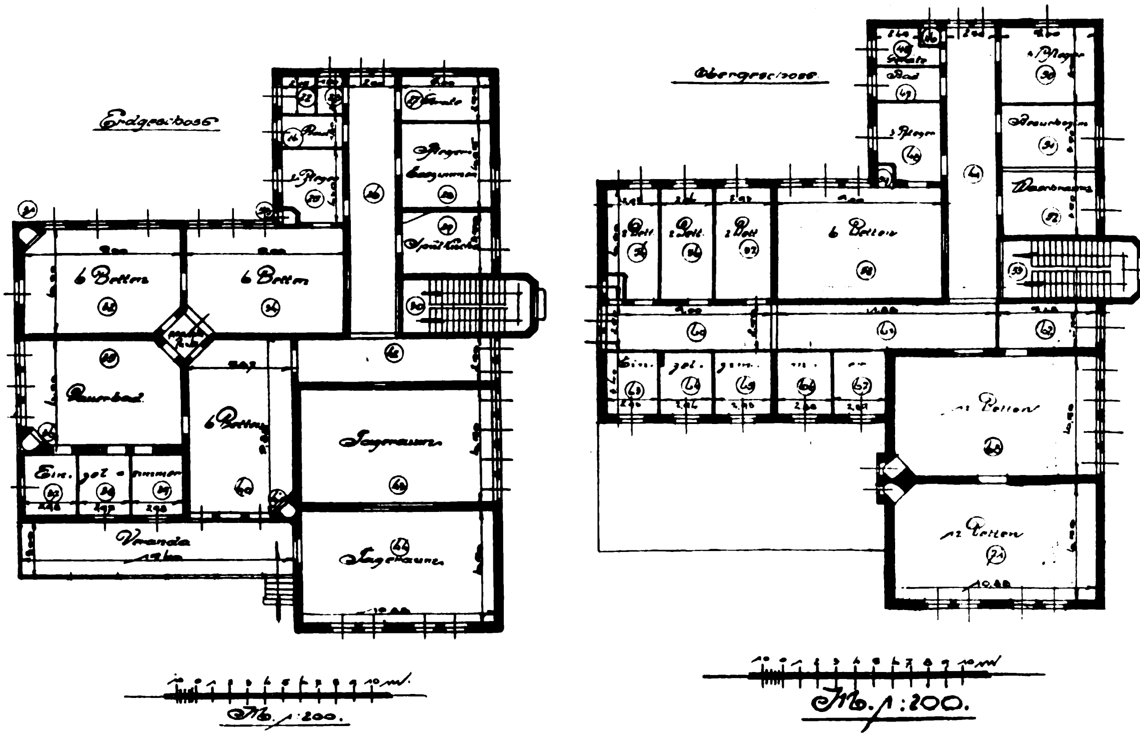
Dauerbad in der Unruhigenabteilung.

Dieser panoptische Punkt hat eine offene Seite, die als eigentlicher Zugang dient, während die drei anderen Seiten durch Türen mit großen Fenstern aus dickem Kristallglase abgeschlossen sind. Auf diese Weise kann eine Person von diesem Punkte aus drei Liegesäle und ein Dauerbad übersehen. Auch die Klosetts sind so gelegt, daß der das Klosett benutzende Kranke vom Pfleger, der im panoptischen Punkt steht, beobachtet werden kann. Diese Einrichtung soll nicht nur die Übersicht erleichtern und eventuell Personal sparen, sondern sie ermöglicht auch ein Auseinanderlegen nicht harmonierender Kranker, die einander selbst nicht sehen können, während sie gemeinsam vom Pfleger beobachtet werden. Diese Einrichtung hat sich bisher sehr bewährt. Ärzte, Oberpflege- und Pflegepersonal loben sehr die günstigen Erfahrungen im Betriebe. Es soll daher dieses Prinzip auch bei den kommenden Erweiterungsbauten wieder in den Unruhigen-Abteilungen zur Anwendung kommen.

Im Gegensatze zu den Anschauungen mancher anderer Kollegen habe ich auf die Einrichtung von Zellen nicht ganz verzichten zu sollen geglaubt. Nur in den Unruhigen-Abteilungen schließen an der einen Wand des Dauerbades je drei Zellen an. Das Pflegepersonal hat die Erlaubnis, im Falle einer besonders großen Unruhe, bei Befürchtung eines bevorstehenden Unglücks durch mehrere gereizte Kranke, einen Kranken zu isolieren, jedoch aber nur so lange, bis der sogleich herbeizurufende Arzt anderen Rat geschaffen hat. Wir haben bis jetzt — nachdem wir demnächst ein Jahr im Betriebe sind — von dieser Notmaßnahme nie Gebrauch machen müssen. Es hat bisher noch kein Kranker (abgesehen natürlich von den Insassen im Verwahrungshause) in einem verschlossenen Einzelraum gelebt oder geschlafen.

Dagegen haben wir wiederholt laut halluzinierende Kranke auf eigenen Wunsch bei Nacht in diese Zellen bei offenstehender Türe gelegt. Die Zellen finden aber auch, wenn sie nicht mit Kranken belegt sind, eine Verwendung als Lagerräume für wegzulegende Gegenstände etc. Ihr Vorhandensein wird auch nach dieser Richtung hin angenehm empfunden. Denn Nebenräume — das weiß jeder Erfahrene — kann man nie genug haben. In den Kellern der Unruhigen-Abteilungen sind geeignete Räume zum Gemüseputzen eingebaut. Diese Räume haben schon gute Dienste geleistet. Es finden sich ja immer unter den Männern und auch unter den Frauen auf den Unruhigen-Abteilungen Elemente, die gut und stuben und auf den Unruhigen-Abteilungen auch eigene Eßzimmer eingerichtet.

Im Gegensatz zu unseren möglichst frei gebauten übrigen Krankenabteilungen ist unser Verwahrungshaus mit einer 4 ½ m hohen Betonmauer umwehrt. Starke Zellen, Gitter, Alarmtüren und Alarmsignale und andere Sicherungen gegen Ein- und Ausbruch sind hier zur Anwendung gekommen. Es ist fast etwas zu „fest" geraten. Die Strafvollzugsbehörden fordern ja vor Einweisung eines besonders berühmten „schweren Jungen" alle möglichen Sicherheitsgarantien gegen Ausbruch ein. Durch einen hübschen Garten haben wir versucht, dem Verwahrungshaus ein etwas freundlicheres Ansehen zu geben. Soweit



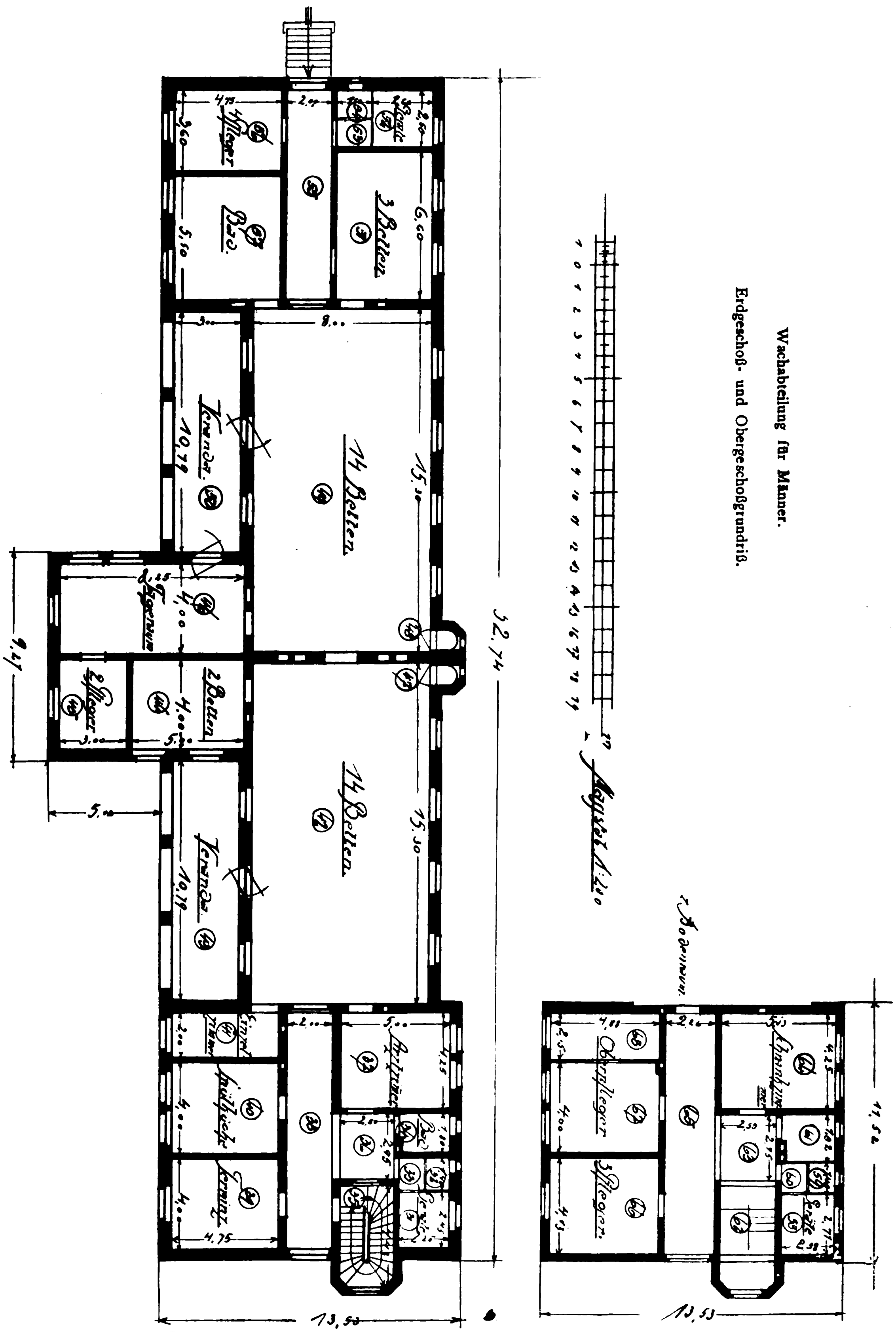
Haus für unruhige Männer.

gerne arbeiten, denen aber die Wohltat der Arbeit wegen ihrer Fluchtverdächtigkeit nicht zuerteilt werden kann. Diesem Übelstande helfen solche Arbeitsräume in den Unruhigen-Abteilungen ab.

Das Pflegepersonal schläft nicht mit den Kranken zusammen. An allen Stellen, wo das Pflegepersonal auch zur Hand sein muß, so namentlich bei allen Wachsälen, sind nebenan Kammern für das Pflegepersonal errichtet, in denen es bei verschlossener Türe schläft, aber von den Wachen durch Klopfen und Rufen jederzeit herbeigeholt werden kann.

Für das Pflegepersonal sind auch eigene Badees sich mit unseren Erfahrungen verträgt, wollen wir auch im Bau einige Änderungen vornehmen, die den Charakter des Detentionshauses mehr zurück- und den des Krankenhauses mehr hervortreten lassen sollen. Diese baulichen Änderungen sollen im nächsten Jahre in Angriff genommen werden, falls nicht die Staatsregierung bis dahin Schritte getan hat, um die Fürsorge für die geisteskranken Verbrecher in eigene Hand zu nehmen.

Von den übrigen Gebäuden verdient noch Erwähnung unsere Kirche mit dem stimmungsvollen Innern, und einer Orgel mit elektrischem Balgbetrieb.



Wachabteilung für Männer.
Erdgeschoß- und Obergeschoßgrundriß.

Das abfallende Gelände wurde beim Bau der Kirche nach dem Vorbilde, das ich in Lüben sah, in der Weise ausgenützt, daß unter die Apsis Einsegnungskapelle und Sektionsraum eingebaut wurden.

Wasch- und Kochküche stellen hohe, helle, mit Kacheln getäfelte Räume dar, die mit ihrer modernen maschinellen Einrichtung einen besonderen Schmuck unserer Anstalt bilden.

Im Versammlungshaus befindet sich ein großer Saal mit Bühne und zwei Ankleidezimmern, Billard, Musiksaal und Speise- und Erholungsräumen für die Ärzte.

Im Verwaltungsgebäude sind das ärztliche Beratungszimmer, die Dienstzimmer des Direktors, die Kasse, Registratur, Verwaltungsbüros, das Unterrichtszimmer für den Pflegerunterricht, die Arzneiausgabe, drei Dienstwohnungen (Oberarzt, Verwaltungsinspektor, Rendant) und die Hauswartzimmer untergebracht. Eine mit Blumen geschmückte Diele, sowie ein Wartezimmer dient zur ersten Aufnahme frisch eingebrachter Kranker und der Besucher. Die Verwaltungsbüros werden in diesem Sommer erweitert und neue Räume für die Büchereien und für die Laboratorien (hirnanatomisches, serologisches, bakteriologisches) geschaffen.

In einem eigenen Werkstättengebäude ist je eine Schneider-, Schuster-, Tischler- und Malerwerkstätte eingerichtet. Im Verwahrungshause befindet sich eine Buchbinderei, eine Mattenflechterei, eine Bürstenbinderei im Gange, während Schlosserei, Schmiede und Klempnerei im Maschinenhause betrieben werden. Eine weitere Ausdehnung des Werkstättenbetriebes liegt im Plane.

Besonderer Anziehung erfreut sich unser hübscher Wirtschaftshof, der mit seinen mit unverbrennbarem Rohr gedeckten hohen Dächern und seiner Pappeleinfassung ein hübsches Bild eines bodenständigen pommerschen Bauerngehöftes gibt.

Das Verwahrungshaus ist zur Zeit mit 23 Kranken und 11 Pflegern belegt. Der Gesamtkrankenstand beträgt zur Zeit 415 Kranke.

An der Anstalt sind gegenwärtig außer Pflegepersonal (bei den Unbescholtenen 1 : 7 und vier Werkstättenvorsteher, bei den Kriminellen 1 : 2), Dienst- und Heizerpersonal angestellt: Ein Direktor, zwei Oberärzte, zwei Assistenzärzte, ein Verwaltungs inspektor, ein Rendant, ein Verwaltungsassistent, zwei Diätare, ein 1. Oberpfleger, ein zweiter Oberpfleger (Oberpfleger des Verwahrungshauses), eine Oberin, eine Wirtschafterin, eine Oberwäscherin, ein Obermaschinist, zwei Maschinisten, ein Wirtschafter, ein Gärtner, ein Gärtnergehilfe, ein Kuhfütterer (Melker), ein verheirateter Kutscher, ein Hauswart, ein Bote, ein Nachtwächter und ein Hausdiener.

Die Seelsorge der Kranken zugleich mit dem sonntäglichen Gottesdienste, mit den Beerdigungen etc. wird von einem Geistlichen der Marienkirche in Stralsund im Nebenamte versehen.

Ebenso im Nebenamte wirkt ein Stralsunder Lehrer als Organist und als Leiter von Musikaufführungen, sowie Unterrichts- und Unterhaltungsstunden.

Am 21. Mai wurden die ersten Kranken (aus der Provinzial-Heilanstalt Lauenburg) eingeliefert.

Am 3. Juni 1912 wurde die Anstaltskirche durch den Generalsuperintendenten von Pommern in Gegenwart des Herrn Landeshauptmannes und von Vertretern der Provinzial- und Stadtbehörden in feierlicher Weise eingeweiht.

Am 5. Juni fand die Eröffnung der Anstalt in festlicher Weise in Gegenwart des Herrn Oberpräsidenten, des Provinzialausschusses, des Herrn Landeshauptmannes und anderer Herren der Provinzialverwaltung, des Herrn Regierungspräsidenten, der königlichen und städtischen Behörden statt. Die Stadt Stralsund gab an diesem Tage ein Festessen im großen Rathaussaale.

Man hatte gehofft, daß mit Abschluß der ersten Bauperiode den Bedürfnissen der Provinz für's erste entsprochen sei, und es war geplant, die erste Erweiterung frühestens in fünf Jahren aufzunehmen.

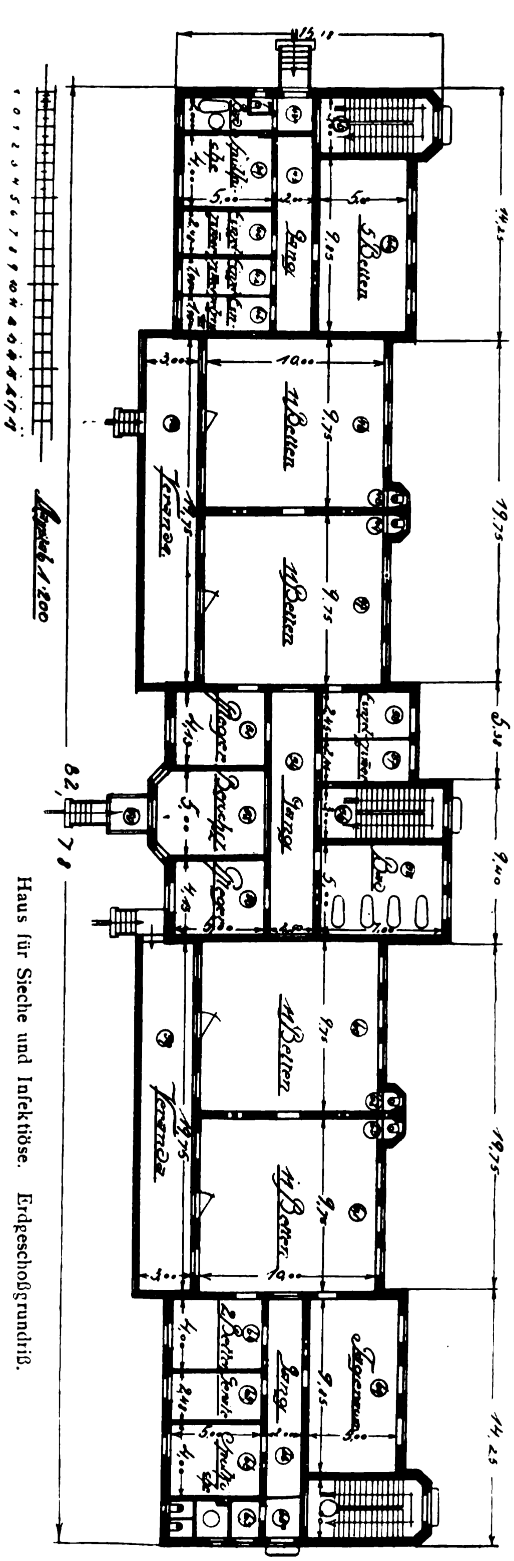
Es hat sich aber hier, namentlich durch die unerwartete einseitige Überlastung der Pommerschen Anstalten mit Frauen, im besonderen mit unruhigen Frauen, bereits ein Platzmangel fühlbar gemacht, so daß die schleunige Inangriffnahme der ersten Erweiterung der Anstalt nicht mehr länger hinausgeschoben werden kann.

Am 1. April 1914 beginnt der erste Erweiterungsbau, der am 1. April 1916 fertiggestellt sein soll.

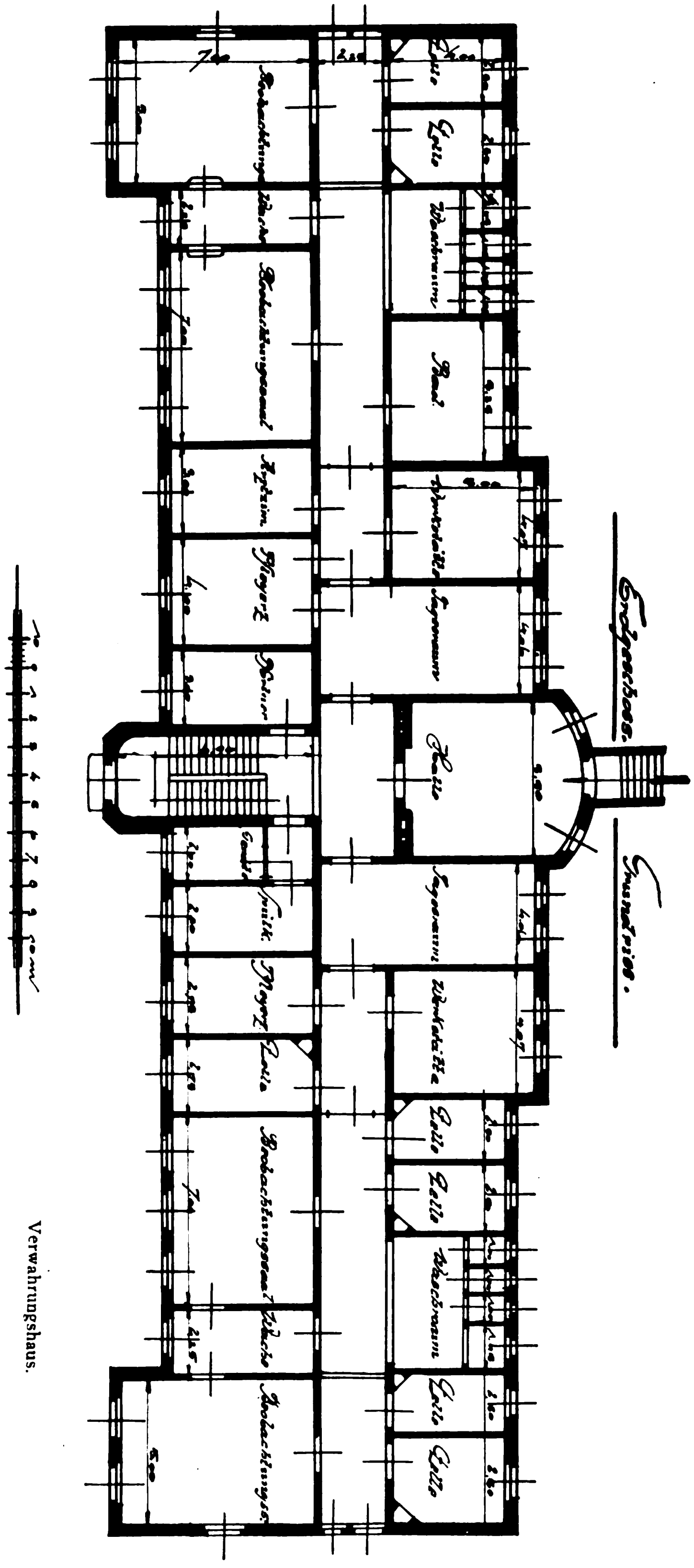
Für diesen Erweiterungsbau sind vom Provinziallandtage 1500000 M. an Mitteln bereitgestellt. Die Belegungsfähigkeit soll dadurch auf 910 Köpfe ausgedehnt werden.

Unser Situationsplan wurde mit Rücksicht auf die ins Auge gefaßten Erweiterungen gleich von vorneherein in ziemlich weitgestreckten Abmessungen entworfen. Diese weite Ausdehnung des Komplexes der Krankenhäuser gestaltet aber den Dienst zu einem schwierigen, dies umsomehr, wenn man sich unser windreiches Pommersches Küstenklima vergegenwärtigt.

Das Bauprogramm für den Erweiterungsbau wird daher namentlich eine bessere Konzentrierung des



Haus für Sieche und Infektiöse. Erdgeschoßgrundriß.



Verwahrungshaus.

Dienstes ins Auge zu fassen haben. Dies wird ermöglicht durch Errichtung besonders großer Krankenhäuser, wie man sie in anderen modernen Anstalten bereits jetzt wieder baut (Haar). Auf der Frauenseite ist ein großes, dreigliedriges Haus für 285 Frauen geplant. Die einzelnen Trakte dieses Hauses sollen durch Arkadenbauten verbunden werden. Auf der Männerseite soll ein Haus für 56 unruhige Männer erbaut werden. Die Pläne zu diesem letzteren Hause sollen jedoch sogleich in der Weise entworfen werden, daß bei der später kommenden zweiten Erweiterung ein mindestens ebenso großes Haus gleich angebaut werden kann, ohne der architektonischen Einheitlichkeit Abbruch zu tun.

Des Weiteren ist die Erbauung einer für beide Geschlechter gemeinsamen Infektionsbaracke mit 50 Krankenbetten geplant. In einem neutralen Mittelrisaliten sollen hier die ärztlichen Untersuchungszimmer und eine Wohnung für die zweite Oberin eingebaut werden.

Die Werkstätten und die Gebäude auf dem Vorwerk (Wirtschaftshof) sollen erweitert werden. Unser Vorwerk hat jetzt bereits eine offene Abteilung für 20 Kranke. Eine weitere solche Abteilung soll auf dem Vorwerk erbaut werden, in welcher auch die Wohnung für den dritten Oberpfleger untergebracht werden soll. In den neuen Krankenpavillonen werden auch getrennte kleine Abteilungen für Kranke der höheren Verpflegungsklassen eingerichtet werden.

Auf einem zu errichtenden Schienengeleis von 3 km Ausdehnung sollen die Speisen in wärmeundurchlässigen Transportwagen mit Pferdebespannung zu den Krankenabteilungen gefahren werden.

Nach Fertigstellung dieses ersten Erweiterungsbaues dürfte tatsächlich den Bedürfnissen für eine Reihe von Jahren hinlänglich entsprochen sein. Die zweite Erweiterung wird sich wohl erst bedeutend später als notwendig erweisen.

Aus der Landesirrenanstalt Landsberg a. W. Direktor Dr. Riebeth.

Frühsymptome der Dementia praecox.

Von Dr. *Treiber*, Anstaltsarzt.

(Schluß.)

Was nun das Alter anlangt, in dem bei unseren verwerteten Fällen die eigentliche Psychose ausbrach, so erkrankten 48 vor dem 21. Lebensjahre, 88 zwischen 21 und 30, 35 zwischen 31 und 40 Jahren und 15 nach dem 41. Lebensjahre. Bei einer Kranken waren keine Angaben über den Zeitpunkt des Krankheitsbeginnes gemacht. Von den 48 vor dem 21. Lebensjahre Erkrankten waren 31 schwachsinnig bezw. absonderlich; von den 88 zwischen 21 und 30 Jahren in Krankheit Verfallenen 45, von den 35 zwischen 30 und 40 Jahren krank Gewordenen 13 und endlich zeigten 9 von den 15 erst nach dem 41. Lebensjahre Erkrankten bereits in ihrer Jugend die erwähnten Abweichungen.

Im Gegensatz zu Rittershaus finden wir also auch bei unseren Spätfällen noch in einer recht großen Anzahl Aufzeichnungen über Abnormitäten in deren Jugendzeit, und zwar in 44% aller nach dem 30. Lebensjahre Erkrankten, während die vor dem 21. Lebensjahre krank Gewordenen in 64% und die zwischen 21 und 30 Jahren Erkrankten in 51% Absonderlichkeiten oder geistige Schwäche vor ihrer Pubertätszeit aufweisen.

Über abnorm früh einsetzende Pubertätsentwicklung konnte ich in Übereinstimmung mit Rittershaus bei unseren Fällen in den Krankengeschichten nichts finden. Nur bei einer Kranken, die als intelligent geschildert ist, fand sich die kurze Bemerkung daß die Menses sehr früh eingetreten seien.

Bei nur wenigen Fällen konnte festgestellt werden, daß die in der Jugend aufgetretenen Charaktereigentümlichkeiten auch in der eigentlichen Krankheit deutlich zum Vorschein kamen. Einige Male bildete der Krankheitsbeginn wesentlich eine Steigerung der schon vorher vorhandenen Abnormitäten. Eine Kranke, die in der Jugend als heftig, eigensinnig und putzsüchtig galt, zeigte als erstes Symptom der ausbrechenden Hebephrenie außerordentliche, sich zu Tobsuchtsanfällen steigernde Heftigkeit. Im weiteren Verlaufe der Krankheit blieben auch die beiden anderen, vor deren Beginn bereits ausgeprägten Eigenschaften, der Eigensinn und die Putzsucht, deutlich erkennbar.

In einem anderen Falle fiel die Kranke in ihrer Kindheit durch ihr auffallend stilles, zurückhaltendes Wesen auf. Der Beginn der eigentlichen Psychose zeigte sich dadurch, daß die Patientin immer mehr das Selbstvertrauen verlor und jeglichen Verkehr mied. Auch weiterhin hielt diese sich immer für sich, kümmerte sich nie um ihre Umgebung. Ein junges Mädchen, das immer sehr schüchtern und scheu war, erkrankte mit 15 Jahren, indem sie im-

mer scheuer wurde, sich vollkommen zurückzog, um rasch in einen stumpfen, interesselosen Zustand zu verfallen. Ähnlich lagen die Verhältnisse bei einer anderen Kranken. Eine Katatonika machte in der Kindheit infolge ihres trotzigen, unverträglichen und hinterlistigen Charakters der Erziehung große Schwierigkeiten. Zu Beginn der Erkrankung nahmen diese Eigenschaften an Intensität zu. Bald trat katatonischer Stupor ein mit plötzlich ausbrechenden hochgradigen Erregungen und Gewalttätigkeiten.

Weiterhin fanden wir eine Kranke, die in ihrer Jugend einen auffallend starken Drang zur Religiösität zeigte. Bei Ausbruch der Erkrankung traten hauptsächlich Gedanken religiösen Inhaltes in den Vordergrund. Sie konnte ihre innere Ruhe nicht finden, hielt sich für schlecht, betete deshalb viel, sah den Arzt als rettenden Engel an, fragte ihn, ob er der Heiland sei und sie zu erlösen komme. Später traten diese Ideen vollkommen zurück. Patientin legte ein ausgesprochen läppisches, albernes Wesen mit allerlei Manieren an den Tag.

Noch in einem zweiten Fall finden wir die in der Jugend beobachtete übertriebene Frömmigkeit in manchen Krankheitszügen wieder. Die betreffende Kranke produziert in ihren hebephrenen Erregungszuständen eine Menge krauser Gedanken religiösen Inhaltes: Der Arzt sei ein göttlicher Arzt, sie sei auch göttlich, heilig, die Göttlichkeit selbst, sei eine Heilige Gottes. Gott habe es ihr verkündet, sie höre die Stimme Gottes. Die Oberin müsse erst göttlich gemacht werden. Mit Vorliebe deklamierte sie eine Zeitlang das Glaubensbekenntnis, Bibelstellen und Gesangbuchverse.

Bei anderen Kranken sehen wir die Absonderlichkeiten der Jugend während des ganzen Krankheitsverlaufes mehr oder minder deutlich ausgeprägt.

Reizbare, jähzornige, boshafte, unverträgliche, unzufriedene Kinder bleiben dies auch nach Ausbruch der Krankheit und gehören dann vielfach infolge ihrer unsozialen Eigenschaften zu den unangenehmsten Elementen der Anstalt. Mit nichts zufrieden, sehr empfindlich, auf andere von oben herabsehend, dabei boshaft gegen Personal und Mitkranke, die sie in jeder erdenklichen Weise reizen, necken und verleumden, ewig streit- und zanksüchtig, bei der geringsten Gelegenheit heftig erregt und zu Gewalttätigkeiten neigend, stören sie ständig Ruhe und Frieden auf ihren Abteilungen.

Das Gegenstück von diesen, die auffallend Stillen und allen Vergnügungen Abholden in der Jugend, bewahren sich diese Eigenschaften vielfach auch während ihrer Krankheit. Sie leben dann meistens für sich, sind scheu, in sich gekehrt, schließen sich nur schwer an andere an.

Fassen wir nun das Hauptergebnis der Untersuchung zusammen, so ergibt sich:

Von 187 für unser Thema verwertbaren Fällen hatten 51 = 27% eine normale Kindheit, 36 = 19% waren gut oder sehr gut begabt, ohne irgend welche Absonderlichkeiten zu zeigen. 34 = 18% waren schlecht begabt ohne sonstige Besonderheiten, 22 = 12% gut und 19 = 10% schlecht Begabte fielen schon früh durch mancherlei Eigentümlichkeiten auf und 25 = 13% zeigten diese, ohne daß wir etwas über ihre Schulleistungen erfahren.

Wir finden also unter 187 Kranken im ganzen 100 = über 53%, bei denen entweder ein angeborener Schwachsinn geringeren oder höheren Grades vorlag oder die schon früh durch mancherlei Sonderbarkeiten ihres Charakters auffielen. Prozentualiter am höchsten sind daran diejenigen beteiligt, bei denen die Krankheit bereits vor dem 21. Lebensjahr ausbrach. Aber auch die Spätfälle weisen noch eine recht hohe Ziffer auf.

Angeborener Schwachsinn findet sich bei 53 = 28%. Bei einer Anzahl von Kranken konnten die bereits in der Jugend beobachteten Absonderlichkeiten über eine mehr oder minder große Strecke des eigentlichen Krankheitsverlaufes hin verfolgt werden.

Eine zugleich mit den Eigentümlichkeiten abnorm früh einsetzende Pubertätsentwicklung wurde nicht beobachtet.

Wenn unser Material einen geringeren Prozentsatz an Frühsymptomen der Dementia praecox aufweist, als es Rittershaus an seinen Hamburger Kranken gefunden hat, so mag dies an der Art liegen, wie hier und dort die Anamnesen zustande kommen.

Aber auch so zeigt unsere Untersuchung deutlich, daß in weit größerer Häufigkeit, als bisher allgemein angenommen wurde, die Schizophrenen bereits vor der Pubertät Abweichungen von der Norm zeigen, die die damit behafteten Kinder aus der Reihe ihrer Altersgenossen herausheben, sie anders wie die anderen erscheinen lassen.

Daraus aber müßte man folgern, daß die Pubertät für die Dementia praecox nicht die große ätiologische Bedeutung besitzt, die ihr gewöhnlich zugebilligt wird.

Eingehendere Untersuchungen, als sie an unserem Krankenmateriale angestellt werden konnten, werden nötig sein, uns über diese wichtigen Fragen aufzuklären. Diese werden uns vielleicht auch zeigen, ob wir imstande sind, aus den Frühsymptomen, wie sie oben geschildert sind, Schlüsse auf das spätere Schicksal des Trägers zu ziehen.

Mitteilungen.

— **Gibt es spezifische, mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren nachweisbare Schutzfermente im Blutserum Geisteskranker?*)** Unter diesem Titel veröffentlicht Dr. Johannes Fischer, Assistent der Universitäts-Klinik und Poliklinik für Nerven- und Gemütskranke in Rostock (Direktor: Geh.-Rat Prof. Dr. Schuchardt), in den Sitzungsberichten und Abhandlungen der Naturforschenden Gesellschaft zu Rostock, Bd. V (Rostock, Kommissionsverlag von H. Warkentien), seinen in der Naturforschenden Gesellschaft zu Rostock am 3. Mai 1913 gehaltenen Vortrag, worin er über seine Tätigkeit im Bürgerhospital zu Stuttgart berichtet.

Er war nach Stuttgart gereist, um hier die Abderhaldensche Methode bei Geisteskranken angewandt zu sehen und zu erlernen. Sanitäts-Rat Fauser hat ihn theoretisch und praktisch in das Verfahren eingeführt. Er stellte ihm das Laboratorium und das Material des Bürgerhospitals zur Verfügung, um eine Reihe von Untersuchungen selbständig ausführen zu können, wobei Dr. Lempp ihn unterstützte.

Er hat im ganzen 24 Fälle untersucht; das Serum stammte von 16 verschiedenen Kranken, so daß 6 Kranke wiederholt untersucht wurden, und zwar 2 Kranke je 3 mal, 4 Kranke je 2 mal. Die Einzeluntersuchungen an den 24 Fällen betrugen 115. Von diesen 115 Einzeluntersuchungen entsprachen 107 ganz den Resultaten, die Fauser bei seinen Fällen erhielt. 8 Einzeluntersuchungen waren auffallend, ließen sich aber zwanglos in das Ganze einfügen. Von diesen auffallenden 8 Einzelresultaten fanden sich 7 bei den beiden ersten Versuchsreihen. Wahrscheinlich lagen bei den beiden ersten Versuchsreihen kleine Unvollkommenheiten der Technik vor, die sich nicht eruieren ließen; denn die Mehrzahl der Fälle, bei denen sich diese auffallenden Resultate fanden, lieferten bei späteren Untersuchungen einwandfreie Ergebnisse. Von den 24 untersuchten Fällen waren 9 Fälle von Dementia praecox ohne Struma, 3 Fälle von Dementia praecox mit Struma, 5 Fälle von Paralyse, 1 Fall von Lues cerebri, 4 Fälle von manisch-depressivem Irresein, 1 Fall von Epilepsie, 1 Fall von Gravidität.

Auf Grund seiner im Original eingehend mitgeteilten Untersuchungen kann Fischer die Resultate Fausers insoweit bestätigen:

„1. Die Blutsera der Fälle von Dem. praec.-Kranken bauten ziemlich konstant Hirnrinde und Geschlechtsdrüsen ab und zwar (wie wir an einer verhältnismäßig großen Zahl von Kontrollproben gesehen haben) das Serum von Frauen nur Ovarium, das Serum von Männern nur Testikel. Die Fälle mit Struma bauten außerdem auch Schilddrüse ab.

2. Die Fälle von Paralyse bauten ziemlich konstant Hirnrinde ab, der Fall von Lues cerebri nicht.

3. Die Fälle von man.-depr. Irresein (mit Ausnahme von einem mit unsicherer Diagnose) und der Fall von Epilepsie bauten keines der geprüften Organe ab."

Er ist geneigt anzunehmen, daß die von Fauser gefundenen Schutzfermente bei Geisteskranken spezifisch sind.

*) Cf. diese Wochenschrift, XIV, Nr. 44 u. 48; XV, Nr. 9.

Im Hinblick darauf, daß Fauser vereinzelt auch bei Fällen von Dem. praec. ohne Struma Abbau von Thyreoidea gefunden hat, bemerkt Verf., daß er ermutigt durch — scheinbar erfolgreiche — Versuche des Privat-Dozent Dr. Walter an der Rostocker Klinik mit Darreichung von Thyreoidea-Tabletten bei frischen Fällen von Dem. praec., versuchsweise in der Poliklinik in einer Anzahl von Fällen mit motorischen und psychischen Hemmungszuständen, die als beginnende Dementia praecox-Fälle aufzufassen waren (und bei deren Untersuchung sich ihm unwillkürlich der Eindruck von Hypothyreoidismus aufdrängte), Thyreoidea in kleinen Dosen gegeben habe, und zwar anscheinend mit einigem Einfluß. „Die Kranken wurden auffallend schnell freier, das subjektive Befinden, der Appetit hob sich verhältnismäßig bald. Hoffentlich werden uns weitere serologische Untersuchungen noch mehr Aufschluß über das Korrelationsverhältnis zwischen Geschlechtsdrüsen und Schilddrüse geben."

Anm. d. Red.: Die Herren Kollegen, welche Untersuchungen mit der Abderhaldenschen Methode angestellt haben, werden höflichst um Mitteilung der Resultate bezw. um Überlassung der Sonderabzüge ihrer diesbezüglichen Veröffentlichungen gebeten.

Referate.

— B. Laquer, Die Großstadtarbeit und ihre Hygiene. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. Saale. Preis 1 M.

Interessant durch einen historischen Rückblick und viele statistische Angaben. Verf. erzählt uns viel von der Entwicklung und Bedeutung der Großstadt und steht auf dem Boden von Tatsachen, wenn er uns schildert, wie große Handelsinstitute Hygiene des Nervensystems betreiben. Wenn aber Verfasser den Nachteil der Großstadt, daß sie „allerdings das Gemütsleben abstumpft", in einem Nebensatze abtut, so hätte m. E. gerade der Psychiater allen Anlaß, diese Seite der Großstadt in bezug auf Ätiologie, Prophylaxe und Hygiene psychisch-nervöser Erkrankungen unter die Lupe zu nehmen. Roth-Landau.

— Dr. Juliusburger, Alte und neue Ethik vom Standpunkte des Arztes. (S.-A.?) 8 S.

Der Monismus will auch eine neue Ethik schaffen. Standpunkt des Ref.: ebenso überflüssiger Versuch wie der ganze Monismus selbst. Roth-Landau.

— Foerster, Beziehungen von Beruf und Mode zu Geisteskrankheiten. Stuttgart, F. Enke. Preis 1,20 M.

Verf. faßt seine Erfahrungen dahin zusammen, daß der Beruf wohl selten geistige Störungen auslöst, sondern daß es sich ausnahmslos um erblich prädestinierte Konstitutionen handelt. Nachwirkung bezw. direkter Einfluß des früheren Berufs und äußeren Milieus auf den Geisteskranken ist meist zu bemerken. Roth-Landau.

— Schematismus und Vorschriften (2 Bde.), durch welche die Verhältnisse des im Königreich Böhmen

angestellten Maschinenpersonals aller Landesanstalten geregelt werden. Vom Landesausschusse beschlossene Organisation des Bediensteten- und Wartepersonals Prag 1912. Roth-Landau.

— Prof. Dr. Max Rümelin, Kanzler der Universität Tübingen, Die Geisteskranken im Rechtsgeschäftsverkehr. Rede bei der akadem. Preisverteilung am 28. Nov. 1912. Verlag von J. C. B. Mohr (Paul Siebeck). Tübingen 1912.

Redner spricht sich über die Stellung der Geisteskranken im Privatrecht aus, und zwar vorwiegend im vermögensrechtlichen Geschäftsverkehr. Im Anschluß an die geschichtlichen Grundlagen gibt er ein Gesamtbild der einschlägigen Paragraphen des BGB., die er als nicht klar genug gefaßt bezeichnet. Er klagt vor allem darüber, daß die Auslegung schwierig sei, da jeder Anhalt fehle, wie sich der Gesetzgeber die Unterschiede zwischen beiden Entmündigungsformen gedacht habe. Ebenso vermißt er in der Pflegschaftsfrage eine genügend klare Abgrenzung und tritt des weiteren sehr warm für Anerkennung der partiellen Handlungsfähigkeit ein. Seiner Ansicht nach genügt eine Art der Entmündigung, die voraussetzt, daß jemand wegen andauernder Hemmung oder Störung seiner geistigen Tätigkeit seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, und außerdem noch eine zweite Bestimmung, daß nämlich Rechtsgeschäfte von Personen, die beim Abschluß wegen Geisteskrankheit nicht vernunftgemäß handeln konnten, unwirksam sind. Zuletzt fordert er noch im Interesse der Verkehrssicherheit eine Schadenersatzpflicht, indem der, der sich auf seine Geschäftsunfähigkeit beruft, dem Gegner den sogenannten Vertrauensschaden ersetzen müsse, vorausgesetzt, daß kein Grund vorlag, an dem normalen Geisteszustand zu zweifeln. Rümelin hält daher eine Revision des Gesetzes nach dieser Seite hin für erforderlich, da vor allem die Ersatzlosigkeit in gewissen Schädigungen durch Geisteskranke das Rechtsgefühl verletze. Lange-Waldheim.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Dalldorf.** Geheimrat Direktor Dr. Sander feiert am 24. Juni seinen 75. Geburtstag.

— **Kutzenberg.** Anstaltsarzt Dr. Anders trat am 1. Juni aus und übernahm die Chefarztstelle an der geistlichen Privat-Heil- und Pflegeanstalt St. Marienstift Branitz, Kreis Leobschütz (Schlesien).

— **Ordens- und Titel-Verleihungen an Anstaltsärzte** im Königreich Sachsen anläßlich des Geburtstages Sr. M. des Königs von Sachsen (25. 5. 13):

Verdienstorden: Ritterkreuz 1. Kl. Geh. Med.-Rat Dr. Lehmann, Direktor der Landesanstalt Dösen-Leipzig.

Albrechtsorden: Ritterkreuz 1. Kl. m. d. Krone Geheimrat Dr. Ganser, dirig. Arzt der städt. Heil- und Pflegeanstalt Dresden.

Ritterkreuz 1. Kl. Oberärzte an den Landesanstalten Dr. Arnemann und Dr. Roßbach in Hubertusburg, Dr. Hofmann in Bautzen, Dr. Klemm in Zschadraß, Dr. Nerlich in Großschweidnitz und Dr. Winkler in Arnsdorf.

Titel und Rang als Obermedizinalrat: Med.-Rat Prof. Dr. Näcke, Direktor der Landesanstalt Colditz, und Med.-Rat Dr. Reichelt, Direktor der Landesanstalt Hochweitzschen.

Titel und Rang als Med.-Rat: Oberarzt Dr. Kellner an der Landesanstalt Chemnitz, und Vorstand der Anstalt für Geisteskranke zu Waldheim Oberarzt Dr. Ranniger.

Therapeutisches.

Jodipin per clysma bei Prostatitis. Von Dr. L. Fischel in Berlin. Münchener medizinische Wochenschrift Nr. 12, 1913.

Dem Verf. haben sich seit mehreren Jahren mit vorzüglichem Erfolge Jodipinklysmata bewährt, welche die Nachteile der Suppositorien in keiner Weise zeigen, und sehr schnell und günstig auf die gonorrhoische Prostatitis einwirken, sowohl bei akuten wie verschleppten Fällen (Resorption des Infiltrates oder eine Erweichung des indurierten Gewebes). Er verwendet Klistiere von 10 g einer Mischung von 1 Teil Jodipin 25 proz. mit 2 Teilen Oleum Olivar., die er sich selbst bereitet, da die Kur bei jedesmaliger rezeptmäßiger Verordnung etwas zu teuer sein würde. Die Mischung von 10 g = ca. 0,75 Jod wird mittels einer 10 ccm haltenden Spritze (mit gebogenem Hartgummiansatz für Rektalinjektionen) in den Mastdarm langsam eingespritzt und vor das Orificum ani dann etwas Watte gelegt. Der Patient behält die ganze Menge ohne Beschwerde bei sich. Alle Tage, in leichten Fällen alle 2 Tage, wird ein neues Klistier gegeben. Man merke oft schon nach einer Woche einen Rückgang der Erscheinungen an der Prostata.

Ueber die Verwendung des Narkophins in der Geburtshilfe. Von Privatdozent Dr. Rud. Th. Jaschke. (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Gießen, Prof. Opitz.) Münchener medizinische Wochenschrift Nr. 2, 1913.

Die bisherigen Erfahrungen des Verf.'s mit Narkophin sind so befriedigend, daß er dieses neue Opiumersatzpräparat empfehlen kann als ein Mittel, welches ohne Schaden für den Geburtsvorgang und ohne sonstige unangenehme oder gefährliche Nebenerscheinungen geeignet wäre, den Wehenschmerz zu mildern und besonders in Fällen sehr schmerzhafter Wehen oder sehr starker Reaktion der Frauen auf den Wehenschmerz Linderung zu schaffen. Narkophin eignet sich auch in Kombination mit Skopolamin zum Dämmerschlaf sowohl als Vorbereitung für Narkosen (Schlimpert), wie auch bei Geburten nach den Erfahrungen der Münchener Klinik (cf. E. Zweifel, Monatschrift, Ergänzungsheft zu Bd. 36).

Narkophin, ein von Straub eingeführtes neues Opiumpräparat, von den im Opium enthaltenen Alkaloiden nur das an sich wenig wirksame Narkotin und das Morphin im Verhältnis 1 : 1 in der Form des mekonsauren Salzes enthaltend (Morphin-Narkotin-Mekonat, Wirkungspotenzierung), hat den Vorzug der Reinheit und Konstanz der Zusammensetzung und daher auch der Wirkung. Verf. verwendete eine Lösung in Ampullen zu 1 ccm = 0,03 Narkophin von der Firma C. F. Böhringer & Söhne (Mannheim-Waldhof). Er hat nie irgendwelche unangenehme Nebenerscheinungen beobachtet. Die Wirkung trat gewöhnlich schon nach 10 Minuten hervor, und erreichte nach 2 bis 3 Stunden ihren Höhepunkt.

Puls und Atmung der Frauen blieben unverändert, abgesehen von den vorübergehenden Schwankungen, die durch die Wehentätigkeit selbst ausgelöst werden. Die kindlichen Herztöne zeigten keine Veränderung unter Einfluß des Narkophins. In manchen Fällen — bei Frauen, die infolge übergroßer Empfindlichkeit nicht ordentlich mitpreßten — war geradezu ein geburtsbeschleunigender Einfluß des Narkophins zu konstatieren, insofern als diese Frauen erst durch die durch das Narkophin erzeugte psychische Beruhigung und Herabsetzung des Wehenschmerzes dazu gebracht werden konnten, ordentlich mitzupressen.

„In 6 Fällen kam es auf der Höhe der Narkophinwirkung, das ist gewöhnlich ziemlich genau nach 3 Stunden, zu einem Nachlassen der Wehen (größere Pausen, kurze Dauer, geringe

Kraft derselben). Das wäre natürlich eine unerwünschte Nebenwirkung, die aber dadurch bedeutungslos wird, daß es ausnahmslos gelang, sie durch Pituitrin oder Pituglandol wieder aufzuheben, ohne daß sonst die Narkophinwirkung dadurch gestört worden wäre."

Mit Narkophin gelingt es ohne Schädigung des Kindes, den Wehenschmerz mindestens soweit herabzusetzen, daß selbst empfindliche und ängstliche Frauen erklären, es gut aushalten zu können. Es erscheint nicht zweckmäßig, eine Amnesie über den Geburtsvorgang zu erzeugen wie im Dämmerschlaf, auch ist eine Geburt in Narkose nicht so harmlos, um als Allgemeinverfahren gelten zu können, daher sieht Verf. in dem Narkophin eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes; er könne wegen der Gefahrlosigkeit diese Art der Schmerzlinderung bei Geburten zu allgemeiner Nachprüfung empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien) — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

An der Provinzial- Heil- und Pflegeanstalt zu **Tost** (Oberschlesien) ist bald eine

Assistenzarztstelle

bei einem Anfangsgehalt von 1800 M. und völlig freier Station I. Klasse zu besetzen.

Freie Familienwohnung mit Garten kann gewährt werden.

Bei Bewährung nach 3 Jahren lebenslängliche Anstellung als Abteilungsarzt mit einem Einkommen von 3000 bis 6600 M. In anderen Stellungen verbrachte Dienstzeit kann angerechnet werden. Psychiatrische Vorbildung ist nicht erforderlich. Meldungen mit Lebenslauf, Approbation als Arzt und etwaigen Zeugnissen sind zu richten an die Direktion.

Im St. Jürgenasyl für Geistes- und Nervenkranke (600 Betten, 500 Aufnahmen), Staatsanstalt in **Bremen-Ellen**, wird zu Anfang Juni

Assistenzarzt

gesucht. Gehalt 1800 bis 2000 M. bei freier Station. Praktikanten können eine Vergütung von 900 bis 1200 M. erhalten. Bewerbungen sind zu richten an die Direktion. **Dr. Delbrück.**

Käse-



Schneide-Maschinen!

Ein völlig neuer Artikel, für Käsegeschäfte, Hotels, Restaurants, größere Küchen unentbehrlich. — — — — — — — — — — Prospekte gratis.

Schneidemaschinenfabrik

Graff & Stein, G.m.b.H., Witten-H.-Ruhr.

Meurer & Comp., Spangenberg
(Reg. Bez. Cassel)

Mech. Baumwollweberei und Rauherei

Spezialität: **SCHLAFDECKEN**
SCHEUERZEUGE
in grösster Auswahl zu billigen Preisen

Preiswert Zuträglich Nahrhaft

Geräucherter Lachs

à 100—140 Pf. per Pfund

sowie

Geräuch. sog. Lachsstör

à 70—80 Pf. per Pfund

F. KLEVENHUSEN & CO., BREMEN

Lachsfischereien :: Lachsräuchereien :: Kühlhäuser in Oregon und Alaska

Stellengesuche.

Assistenzarztstelle.

An der K. Württ. Heilanstalt **Weißenau bei Ravensburg**, unweit des Bodensees gelegen, ist die Stelle eines **Assistenzarztes (5. Arzt)** zu besetzen. Gehalt je nach Vorbildung 2400—3600 M., wovon 500 M. gegen freie Station und Verpflegung in I. Klasse einbehalten werden.

Bewerbungen sind mit Zeugnissen und Lebenslauf zu belegen. Direktor Medizinalrat **Dr. Krimmel.**

Akad. geb. Dame,

schon mehrfach Umgang mit Nervenkranken, würde gerne dauernde Tätigkeit in Nerven- oder psych. Klinik in Süd- oder Westdeutschland übernehmen. Off. u. **T. P. 1888** an d. Exp. des Inval.-Dank, Berlin W. 9.

Assistenzarzt

für **israelitische Privat-Irren-Anstalt gesucht.** Anfangsgehalt monatlich M. 200,— bei vollständig freier Station. Angenehme Stellung. Off. unter **W. 15088** an **Haasenstein & Vogler A.-G., Frankfurt a. M.**

Anzeigen
betreffs
Stellen-Angebote
und
Stellen-Gesuche
finden durch die
Psych.-neurol. Wochenschrift
die
weiteste Verbreitung.

Die Geschäftsstelle der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift, Halle a. S., Albrechtstr. 46.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.

Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 11. 14. Juni **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Gabriel Schilling's Krankheit. Psychiatrische Bemerkungen zu Gerhard Hauptmann's Drama. Von Eduard Hess, Görlitz. (S. 131.) — Aus der neurologischen Praxis. Von Dr. Hauck, Breslau. (S. 136.) — Gebühren für Vorbesuche bei Erstattung von schriftlichen Gutachten für eine Untersuchung in der Wohnung oder in der Anstalt des Arztes. (S. 137). — Mitteilungen (S. 138): Die Bedeutung der Spirochäten für die Paralyse. Die Jahresversammlung des Vereins Bayerischer Psychiater. Zum Fall Peill-Schillings. Hilfsverein für Geisteskranke in der Rheinprovniz. — Referate (S. 138). — Personalnachrichten (S. 141).

Gabriel Schilling's Krankheit.

Psychiatrische Bemerkungen zu Gerhart Hauptmann's Drama.

Von *Eduard Hess*, Görlitz.

Der Maler Gabriel Schilling, in der zweiten Hälfte des vierten Jahrzehnts stehend, früher ein ruhiger, schlichter Mensch, der in seinem gelassenen Wesen mehr gefestigt zu sein schien als alle seine Bekannten, ist seit drei bis fünf Jahren ein anderer geworden. Er arbeitet kaum noch, läßt seine Frau, die allerdings in ihrer hausbackenen Einfalt nie ein Verständnis und ein Gefühl für sein Künstlertum besaß, sondern in ihm — eine bittere Enttäuschung! — ihren Ernährer zu finden gehofft hatte, im Stich und gibt sich einer russisch-jüdischen Dirne hin, die aber, eine brennende Mischung von Raffiniertheit und Hysterie, ihn liebt, stolz ist auf ihn und seine Stirne mit dem Glanz eines Künstlerruhms umlügt, der ihm nicht zu eigen ist und nie zu eigen war. Er läßt sich von ihr aushalten und zeugt mit ihr ein kränkliches, lebensunfähiges Kind, dessen Porträt seine einzige malerische Leistung ist seit mehreren Jahren. Die Zunftgenossen wenden sich ab von diesem „unmoralischen" Menschen, doch einer von ihnen, der Bildhauer Mäurer, will in der Erkenntnis, daß moralische Urteile eine Bequemlichkeit und daher ein Unrecht sind, das Unrecht, das er Schilling angetan, wieder ausgleichen. Er lädt ihn zu sich ein auf die Ostseeinsel Fischmeisters Oye und will ihn mit nach Griechenland nehmen, wo er aufleben und neue Schaffenskraft gewinnen soll. Schilling kommt, ein schwerkranker Mann. Die anderen erfassen das nicht, er selbst hat eine gewisse Krankheitseinsicht, einmal schildert er seine Apathie mit den merkwürdigen Worten: „Ich ziehe mir morgens die Kleider an und finde das manchmal schon zu umständlich. Ich ziehe sie abends wieder aus und habe etwas mehr Spaß daran; damit habe ich mehr als genug zu tun. Was darüber hinausgeht, ist mir zu weitläufig." Eine müde und lebenssatte Erwiderung auf jene unwillige Frage des daseinsmutigen, genußhungrigen Egmont, als man ihm ein „Fastnachtsspiel" tödlich übelnahm: „Wenn uns der Morgen nicht zu neuen Freuden weckt, am Abend uns keine Lust zu hoffen übrig bleibt, ist's wohl des An- und Ausziehens wert?" Mit seiner Geliebten, die alle für seine Verderberin halten, glaubt Schilling — wieder einmal! — endgiltig Schluß gemacht zu haben, aber schon nach drei Tagen ist sie plötzlich bei ihm, und nach kurzer Abwehr sinkt er in heißer Umarmung an ihre Brust. Am Nachmittag des gleichen Tags, an dem dies morgens geschehn, bricht bei Schilling der Wahnsinn aus. Ähnlich Oswald Alving, der von seiner Mutter „die Sonne" verlangt, erhebt er die Arme gegen das Meer, als ob er eine überirdische Vision sähe, und ruft: „Das Element! Das Element!" Dann beginnt er zu wanken und gleitet zur Erde. Am nächsten Tag besucht ihn Rasmussen, der aus Berlin herbeigerufene Arzt, ein alter Freund, nach dem Schilling selbst dringend verlangte, obwohl er seit längerer Zeit sich schlecht zu ihm gestellt und noch in den letzten Tagen wiederholt ihn herabgesetzt hatte. Der Kranke ist sehr ruhebedürftig, muß aber doch die Vorwürfe seiner Ehefrau hilflos anhören und dabei sein, wie die beiden Weiber, die Ehefrau und die Geliebte, erregt um seinen Besitz streiten — der Ekel erfaßt ihn: „Wir sind keine Griechen! — Gift, gebt mir Gift, ein starkes

Gift, Rasmussen!" Nach diesem qualvollen Ausbruch sinkt Schilling in tiefen Schlaf. Rasmussen kennt Schillings Krankheit und sieht klar: „Schilling ist ein verlorener Mann und wird diese Insel nicht lebend verlassen." Dies Wort geht in Erfüllung viel eher, als Rasmussen gedacht. Schilling hat, vom Schlafe erwacht, in unvollkommener Kleidung sein Zimmer verlassen. Am Strande trifft er den schwindsüchtigen Tischlermeister Kühn, mit dem er ein Hamletgespräch über den Tod und das Begrabenwerden führt, dann verlieren seine Sinne sich aus der Wirklichkeit ins Reich der Täuschung, er sieht, wie Kühns Lehrjunge meint, sein eigenes Totenbegängnis. Einige Worte deuten eine feste Absicht an: „. . . Daß man, wenn man die Hände so aufhebt, nur immer gradaus, immer geht, nur geht — man auch draußen im Meer schlafen kann . . . wenn Sie noch jemand nach mir fragt, dann sagen Sie: der Maler Schilling hat hier auf Fischmeisters Oye die beste Idee seines Lebens gehabt . . . oder sagen Sie lieber bloß, ich bin baden gegangen." Er verschwindet in der Dunkelheit, und bald nachher holen sie seine Leiche aus dem Wasser.

Dr. Rasmussen erklärt Mäurer auf die Frage, was die Betäubung Schillings zu bedeuten habe: „Der medizinische terminus technicus interessiert dich wohl nicht. Es ist ein Schlafzustand, aus dem nur noch ein vorübergehendes Erwachen möglich ist. . . Das Leiden hat in schleichender Form wahrscheinlich seit einem Jahrzehnte in ihm gesteckt. Seine moralische Schlappheit wird dadurch erklärlich. Sonst hätte er wahrscheinlich den Weibern und allen korrumpierenden Einflüssen, seiner Natur nach, mehr Energie entgegengesetzt . . . Schilling ist ein verlorener Mann und wird diese Insel nicht lebend verlassen." Nach diesen Worten des Dr. Rasmussen, der gewiß im Einverständnis mit Gerhart Hauptmann spricht — schade, daß er den terminus technicus verschweigt, er hätte, nach den Erfahrungen, die die Ärzte bei Laien zu machen pflegen, gewiß Mäurer und natürlich erst recht die Kollegen Rasmussens sehr interessiert —, ist wohl nur eine Diagnose möglich: es handelt sich um progressive Paralyse. Mit dem „schleichenden Beginn vor einem Jahrzehnt" kann wohl nur gemeint sein, daß Schilling vor zehn Jahren sich die syphilitische Ansteckung zuzog, als deren Folge sich seit ein paar Jahren die Paralyse sehr langsam entwickelt hat. Ohne Rasmussens Mitteilungen könnte man überhaupt keine Diagnose stellen, seine Mitteilungen geben uns die Grundlage nicht zu einer sicheren, sondern nur zu einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose. Das beweist nichts gegen die Naturtreue von Hauptmanns Darstellung, die ja, klinisch genommen, nichts weiter sein kann als die Anamnese, die vom Laien gegebene Vorgeschichte der Krankheit bis zum Augenblick der ärztlichen Untersuchung. So ausgeprägt ist das Krankheitsbild noch nicht, daß die Art der Erkrankung schon ohne ärztliche Untersuchung zu erkennen wäre; in vorgeschritteneren Stadien der Paralyse ist das ja wohl möglich. Nachdem nun aber die Diagnose gestellt ist, muß man zugeben, daß die vielen Einzelzüge, Äußerungen, Handlungen, durch die Schilling vom Dichter charakterisiert wird, gut zum Bilde der Paralyse passen, und es ist auch nicht etwa ein Symptom, das unbedingt vorhanden sein und in die Augen springen müßte, vergessen worden. Die vielgestaltige Paralyse erscheint bei Schilling in der Hauptsache in der neurasthenisch-apathisch-depressiven Form, doch tritt zeitweise, besonders dem Ende zu, auch eine Steigerung der Stimmung zutage; zum ausgesprochenen Größenwahn — dieser populären Erscheinungsart der Gehirnerweichung — kommt es nicht.

Die beiden Weiber haben Schilling zugrunde gerichtet. Oder genauer gesagt, denn mit der Ehegattin war leicht fertig zu werden: das Weib Hanna Elias, die Dirne, hat es getan. Das ist Schillings eigene Meinung: „Die Sache ist die: ich bin nicht mehr ich! Mein ganzes Wesen, meine ganze ursprüngliche Art zu sein, ist durch das Leben mit dir (Hanna) umgebildet; glaube mir, daß ich mir selber entfremdet bin. Ich bin alledem entrückt und entfremdet worden, womit und wozu ich geboren bin, und wodurch ich allein existiere und wachse." Die gleiche Meinung haben Schillings Freunde.

Und Gerhart Hauptmann selbst?

Ihm war, wie man aus einer kurzen Einleitung schließen muß, die Schöpfung dieses Dramas noch viel mehr als seine anderen Dichtungen, die alle ein Stück Autobiographie enthalten, die Entlastung seiner Seele von Erlebnissen, die sie tief berührten und vielleicht bedrückten. Hauptmann stellt dem Werk ein Zitat aus Plutarchs „Moralischen Schriften" voran, das wohl als ein symbolischer Ausdruck für den Sinn des Dramas gelten soll.

Das Zitat lautet: „Einige . . . versichern, Eunostus sei ihnen begegnet, ans Meer eilend, um sich zu baden, weil ein Weib sein Heiligtum betreten habe."

Um diese Stelle richtig zu würdigen, muß man sie im Zusammenhang kennen lernen. Sie findet sich in der vierzigsten der „Fragen über griechische Gebräuche". Diese Frage samt Antwort lautet in der Übersetzung von Joh. Friedr. Sal. Kaltwasser (Plutarchs moralische Abhand-

lungen, dritter Band, Frankfurt a. M., 1786): „Wer ist der Heros Eunostus in Tanagra, und aus welchem Grunde darf keine Weibsperson in den Hain desselben kommen? — Eunostus hatte zum Vater Elinus, einen Sohn des Kephissus und der Skias, und soll seinen Namen daher bekommen haben, weil er von der Nymphe Eunosta erzogen worden. Er war sehr bieder und rechtschaffen, aber auch eben so keusch und streng in seinen Sitten. In ihn verliebte sich Ochne, eine Tochter Kolonus', die mit ihm Geschwisterkind war. Da Eunostus sie mit ihrem Liebesantrag abwies und ihr drohte, daß er sie deshalb bei ihren Brüdern verklagen wollte, so kam ihm das Mädchen hierin zuvor und hetzte ihre Brüder Ochemus, Leon und Bukolus durch das Vorgeben, daß sie von Eunostus geschändet worden, so sehr auf, daß sie dem Jüngling auflauerten und ihn umbrachten. Elinus ließ sie darauf in Banden legen, und dies erregte bei der Ochne eine solche Reue, daß sie, teils um sich von den Vorwürfen der Liebe zu befreien, teils aus Mitleid gegen ihre Brüder, die wahre Beschaffenheit der Sache Elinus, und dieser dem Kolonus entdeckte. Die Brüder der Ochne mußten nun, nach Kolonus' Ausspruch, aus dem Lande flüchten; sie selbst aber stürzte sich von einem Felsen herab, wie die anthedonische Dichterin Myrtis erzählt. Aus dieser Ursache ist der Zugang zu dem Heiligtum und Haine des Eunostus allen Frauenspersonen auf das strengste untersagt, sogar, daß die Tanagräer, wenn Erdbeben, Dürrung und andere Landplagen sich zeigen, genaue Untersuchung anstellen, ob etwa eine Frau heimlicher Weise sich dem Orte genähert habe; und daß einige, unter anderen Klidamus, ein angesehener Mann, vorgegeben haben, Eunostus sei ihnen begegnet, da er nach dem Meere gegangen, um sich zu baden, weil eine Frau sein Heiligtum betreten hätte. Diokles führt auch in seinem Werke von den Denkmalen der Heroen einen Volksbeschluß an, den die Tanagräer auf Klidamus' Aussage gemacht haben."

Man sieht, diese sehr ernste Mythe, die — mit Variationen — auch anderwärts vorkommt, ist im Grunde nichts als eine Illustration zu der alten, von keinem Mann bestrittenen Wahrheit, daß das Weib der Ursprung alles Übels ist. Nicht einmal im Grab hat der unschuldig gemordete, keusche Eunostus, das Opfer der lüsternen und tückischen Cousine, vor den Weibern Ruhe, sie schänden schon allein durch ihre ruchlose Gegenwart sein Heiligtum, und er muß seinen armen Leichnam erheben und im Meere reinwaschen von der Schmach, die sie ihm angetan.

Auf Hauptmanns Drama angewandt sagt das Zitat: Hanna Elias hat Schilling der Schande preisgegeben und sein Künstlertum entweiht und zerstört. Er eilt gleich Eunostus ans reinigende Meer und gibt ihm sein wertlos gewordenes Leben dahin.

Die Wahrheit liegt so, daß Hanna Elias an Schillings künstlerischem und sozialem Untergang schuldlos ist. Schon bevor Schilling Hanna kennen lernte, war sein Schicksal entschieden — Schillings Ende ist verschuldet durch die Syphilis, die syphilogene Paralyse, und Hanna war nicht ihre Ursache, sondern ihre Folge. Rasmussen hat das geahnt: „. . . Sonst hätte er wahrscheinlich den Weibern mehr Energie entgegengesetzt." Als gesunder Mensch hätte Schilling vermutlich mit Hanna gar nicht erst angefangen oder sich doch bald wieder von ihr befreit, ganz gewiß aber sich von ihr nicht so unterjochen lassen, daß er ihr Sklave wurde.

Aber wo bleibt da die Tragik, wenn Schilling nichts ist als ein psychiatrischer „Fall", ein unzurechnungsfähiger Kranker ohne eigene Verantwortung? Wenn die Syphilis, die im ganzen Drama nicht ein einziges Mal genannt wird, sein Fatum ist und seine Persönlichkeit mit kalter Selbstverständlichkeit vernichtet, ohne daß es auch nur ein Wehren gibt?

Diese ästhetische Frage zu beantworten, ist nicht Sache des Psychiaters, sondern des Literaturforschers Nur soviel sei aus der Lebenserfahrung heraus zu sagen erlaubt: eine beklemmende Tragik liegt, wenn man schon dem traurigen Schicksal Schillings die Tragik absprechen will, so doch bei denen, die um ihn herum sind, die, unwissend, zu wissen, die, blind zu sehen glauben. Beim Freund, der den Freund retten, aus der Tiefe in die Höhe ziehen will, nicht ahnend, daß er, gebrochenen Geistes und Körpers, im Abgrund liegt; bei den Frauen, dem engherzig-beschränkten Klageweib, und dem Weib, das selbstbewußt sich für eine Siegerin hält, die beide mit heißen Seelen, mit Glut und Gift gegeneinander kämpfen, kämpfen wollen bis zur Vernichtung der Gegnerin — um einen Mann, den sie voll blühenden Lebens wähnen, und der doch trüber Sinne ist und fast schon eine Leiche.

Was tuts, daß die Tragödie für den Kundigen so zur Groteske wird?

Dem Selbstmord eines Geisteskranken fehlt die „normale" Motivierung, wir machen den Kranken, wenn wir über ihn zu richten uns erkühnen, dafür so wenig verantwortlich als für eine andere Tat. Aber wenn auch die „normale" Geistestätigkeit und dementsprechend die „normale" Motivierung im allgemeinen fehlt, so braucht doch die besondere Handlung, also

auch der Selbstmord eines Geisteskranken, der inneren Folgerichtigkeit nicht zu entbehren. Schillings Selbstmord ist in diesem Sinn begründet: er ist die Flucht vor den beiden Frauen, deren Liebe ihm zur Pein wurde. Als gesunder Mensch hätte er wohl einen besseren Ausweg gefunden, der Schwerkranke weiß keine andere Rettung mehr. So ist sein Selbstmord nicht eine sinnlose Trieb- oder eine Wahnhandlung, sondern indem er ihn zu begehen sich anschickt, empfindet er diese seine Flucht aus dem Dasein als eine Befreiung und Erlösung.

Ich muß mich noch in einigen Zeilen mit dem Kollegen Rasmussen auseinandersetzen, der ein guter Mensch, aber kein ebenso guter Musikant ist.

Es fällt auf, daß Schilling sich wiederholt in sehr abfälliger Weise über diesen alten Freund äußert, nach seinem Zusammenbruch aber ihn dringend verlangt. Vergebens sucht man im Drama nach einer psychologischen Lösung dieses Widerspruchs, das seltsame Verhalten Schillings wird einfach als Tatsache gegeben. Und man fragt: ist dieser Zug dem Leben abgelauscht? Gewiß. Dem Arzt passiert es manchmal, daß ein Freund, in dessen Psyche sich krankhafte Veränderungen vollziehen, die zunächst nur dem erfahrenen Blick des Sachverständigen als solche sichtbar sind, gerade ihm gegenüber, dem Manne, der, wenn überhaupt Hilfe möglich ist, diese gewähren könnte, mißtrauisch, fast feindselig wird. Der Kranke hat ein dunkles Gefühl, daß seine Kräfte nachlassen, aber er will es weder sich noch anderen eingestehen. Die Laien kann er, eine Weile wenigstens, täuschen, vom Arzt aber fürchtet er, daß er ihn dauernd beobachtet, daß er ihn durchschaut. Er wendet sich von ihm ab und denkt doch immer an ihn und setzt seine heimliche Hoffnung auf ihn, und wenn dann die Not kommt, ruft er ihn herbei. Oft zu spät. So ist das Verhältnis Schillings zu Rasmussen mit seinem scheinbar unerklärlichen Widerspruch ein treffendes Abbild der Wirklichkeit.

Rasmussen wußte seit langem, welchen Weg Schilling ging, und ist nicht dazwischen getreten. Hat er da keine Pflicht versäumt, als Freund und als Arzt? Man kann verschiedener Meinung sein, aber ich glaube Rasmussen entschuldigen zu dürfen. Was sollte er viel tun, da es für die Krankheit keine Heilung gab? Große Dinge standen nicht auf dem Spiel, nur das armselige, zum Untergang bestimmte Leben Schillings; mochte der es denn so zu Ende führen, wie es ihm noch das meiste Glück zu gewähren schien. Und noch eines: Schilling, der nicht als Kranker galt, hat ja Rasmussens ärztliche Hilfe niemals verlangt; erst ganz zuletzt wurde er anderen Sinnes. Hätte Rasmussen ungebeten seinen Rat aufdrängen sollen auf die Gefahr hin, vom Kranken eine schnöde Zurückweisung zu erfahren? Hätte er ihn, der immer mehr herunterkam, seine Gattenpflichten schwer verletzte und sich von einer Dirne aushalten ließ, gegen seinen Willen in eine Irrenanstalt bringen sollen? Man hütet sich vor so gefährlichem Freundschaftsdienst.

Anders ist die Sache dem Ende zu. Da wurde Rassmussen in aller Form als behandelnder Arzt an Schillings Krankenbett berufen, nun durfte und mußte er eingreifen, aber er verhielt sich ziemlich passiv. Sein Prognose lautete, wie schon mehrmals erwähnt: „Schilling wird diese Insel nicht lebend verlassen.“

Mit Verlaub, Kollege Rasmussen, das konnten Sie in dem Augenblick, als Sie es sagten, absolut nicht wissen. Mir ist zwar nicht bekannt, was Sie bei der körperlichen Untersuchung festgestellt haben, aber, wie Schilling vor dem letzten Gang ins Meer sich präsentierte, konnte er ganz gut noch ein, zwei Jahre, vielleicht auch länger leben, vegetieren.

Der Ausgang hat aber Rasmussen doch recht gegeben, Schilling hat die Insel lebend nicht mehr verlassen. Gewiß, nur daß Rasmussen es so, wie es kam, nicht gemeint hatte. Dieser Ausgang war nur möglich durch einen groben Kunstfehler Rasmussens: eigentlich mußte er mit Schilling schon längst auf der Fahrt nach einer Irrenanstalt sein, mindestens aber durfte er den schwerkranken Mann keinen Augenblick unbewacht lassen, und wenn er selbst Tag und Nacht am Krankenbett hätte sitzen müssen, was jedoch gar nicht nötig gewesen wäre, denn Leute zum Wachen, die sich ablösen konnten, waren übergenug da. Aber alles geht spazieren und überläßt Schilling sich selbst. Und dieser läuft hin und begeht, was niemand voraussah, Selbstmord. Wie das Paralytiker manchmal zur Überraschung ihrer Umgebung so machen.

Oder hatte Rasmussen doch ganz für sich, vielleicht nach Äußerungen, die der Kranke unter vier Augen zu ihm getan, und von denen er nichts verrät, mit der Möglichkeit eines Selbstmordes gerechnet und blieb deshalb lässig? Wollte er dem Kranken das Hinsiechen in der Irrenanstalt ersparen? Er hätte dann nicht als Arzt gehandelt, denn dessen ehernes Gesetz befiehlt, jedes, auch traurigste Leben zu erhalten, solange es möglich ist, wohl aber als Freund. Und dem Freund dürfte man vielleicht verzeihen, was der Arzt gefehlt hat.

* * *

Nach Abschluß der vorliegenden Arbeit efahre ich, daß ich mit meiner Diagnose auf einer falschen Fährte bin: nach des Dichters Willen ist Schilling kein Geisteskranker, kein Paralytiker, sondern er eidet an Zuckerkrankheit. In Paul Schlenther's neuer Hauptmann-Biographie*) wird das bestätigt.

Ich muß gestehen, auf die Diagnose „Diabetes mellitus" wäre ich von selbst nicht gekommen. Es entging mir zwar nicht, daß an zwei Stellen, wenn ich recht gezählt habe, von Schillings Durst die Rede ist, aber deswegen braucht man nicht an Diabetes zu denken. Es fiel mir selbstverständlich auch auf, daß Schilling einmal in Gegenwart seiner darob sich entsetzenden Geliebten aus einer schmutzigen Wasserpfütze trinkt, obwohl er nur die paar Schritte zum nahen Gasthaus zu machen brauchte, um reines Wasser zu bekommen. Aber gerade das hielt ich für einen paralytischen Zug, wenn auch nicht geleugnet werden soll, daß einmal ein sehr heruntergekommener Diabetiker so etwas tun kann.

Das psychische Bild eines Diabetikers, eines diabetischen Neurasthenikers kann auf den ersten Blick bisweilen dem eines Paralytikers zum Verwechseln ähnlich sehen, im wirklichen Leben führt die Untersuchung sehr rasch zur Entscheidung. Meine Fehldiagnose (nach des Dichters Willen) wird dadurch entschuldigt, daß ich sie nur auf Grund einer unvollkommenen Anamnese und unklarer Angaben des Dr. Rasmussen stellte. Damit ist gleichzeitig zugegeben, daß man das Bild, das Hauptmann von einem Diabetiker, insbesondere einem diabetischen Neurastheniker entwirft, medizinisch gelten lassen kann.

Der Dichter befand sich in einer Zwangslage, als er — entgegen der Wirklichkeit — den Dr. Rasmussen auf Mäurers Frage nach der Krankheit Schillings erwidern läßt: „der terminus technicus interessiert dich nicht." Sollte Mäurer noch nie etwas von der Zuckerkrankheit gehört haben? Aber es würde wahrscheinlich einen ungewollt komischen Eindruck auf die Zuhörer machen — wer weiß wie viel Diabetiker unter ihnen, die sich intellektuell und moralisch ganz auf der Höhe fühlen —, wenn in diesem ernsten Augenblick auf der Bühne das Wort fiele: „Schilling ist zuckerkrank, daraus hat sich diese ganze Tragödie entwickelt."

Es würde komisch klingen, obwohl es doch tatsächlich zutrifft. Wenigstens sagt es Dr. Rasmussen, von dem ich annehme, daß er sich nicht im Widerspruch mit dem Dichter befindet.

*) Berlin, S. Fischer, 1912.

So wie die Paralyse kann die Zuckerkrankheit nie die psychische Persönlichkeit und Verantwortung eines Menschen vernichten. Vor Gericht wird jeder Paralytiker als unzurechnungsfähig freigesprochen, einem Diabetiker werden seiner Krankheit wegen wohl höchstens mildernde Umstände zugestanden werden. Schillings Heruntergleiten in den Sumpf findet in der Zuckerkrankheit meines Erachtens keine zureichende Erklärung. Für seinen Selbstmord gilt bei entsprechender Anpassung in erhöhtem Maße das, was ich darüber gesagt habe unter der Voraussetzung, es handle sich um Paralyse.

Sonderbar ist, daß Schilling offenbar nicht gewußt hat, an welcher Krankheit er litt, sonst hätte er doch wohl einmal davon gesprochen, und ganz unverständlich ist bei dieser Sachlage das Verhalten des Dr. Rasmussen. Wenn ihm die richtige Diagnose schon seit Jahren bekannt war, so hätte er, wollte er nicht direkt eingreifen, durch Vermittlung der Frau Schilling oder der Freunde, selbst der Hanna Elias doch etwas tun können und müssen; wenn er nicht selber die Behandlung übernehmen konnte und wollte, so hätte er wenigstens bewirken können, daß Schilling überhaupt einmal zu einem Arzt ging.

Rasmussens Prophezeiung, daß Schilling lebend die Insel nicht mehr verlassen werde, ist nun gewiß darauf zurückzuführen, daß er den Betäubungszustand Schillings als „Coma diabeticum" auffaßte. Das scheint mir anfechtbar zu sein. Wenn Rasmussens Ansicht aber richtig war, wie konnte man da den Kranken so vernachlässigen, wie es tatsächlich geschah?

Es würde zu weit führen, die Frage zu erörtern, ob Schillings Diabetes vielleicht mit einer organischen Gehirnkrankheit anderer Art, als die Paralyse, zusammenhängt. Nur andeuten möchte ich, daß statt des „Diabetes mellitus" vielleicht ein „Diabetes insipidus" gemeint sein könnte. Auffallend ist, daß die bei langjährig Zuckerkranken gewöhnliche Impotenz in das Verhältnis Schillings zu Hanna Elias anscheinend keinen Schatten wirft. Dies Bedenken könnte nun mit einem gewissen Recht auch gegen meine Paralyse-Diagnose eingewendet werden; aber da gibt es bisweilen Ausnahmen. Ich will jedoch dieses subtile Thema nicht weiter ausspinnen.

Schließlich: Rasmussen war kein Psychiater, und da die Diagnose „Diabetes" von ihm stammt, glaube ich, sie stimmt nur zum Teil. Schilling mag an Zuckerharnruhr gelitten haben, außerdem aber und in der Hauptsache war er vielleicht doch Paralytiker, und das hat Rasmussen übersehen.

In Schlenther's Hauptmannbuch wird mitgeteilt, daß Hauptmann das Schillingdrama 1906, zur gleichen Zeit, als „Pippa" entstand, in Erinnerung an seinen frühverstorbenen Jugendfreund, den Landschaftsmaler Hugo Ernst Schmidt, verfaßt hat.

Für die Pathographie ist es wertvoll, authentisch zu erfahren, daß Hauptmann an eine ganz bestimmte Krankheit dachte, als er seinen Schilling schuf. Eigentlich in einer Wirklichkeitsdichtung etwas Selbstverständliches, daß, wenn ein Kranker darin auftritt, er an einer faßbaren Krankheit leiden muß, mag auch die Diagnose, wie das nicht selten sogar im wirklichen Leben vorkommt, strittig sein. Und doch konnten das so manche, die sich mit dem melancholischen Fuhrmann Henschel beschäftigt haben, nicht begreifen.

Aus der neurologischen Praxis.

Von Dr. *Hauck*, Breslau.

a) Traumatische amyotrophische Lateral-Sklerose und Syringomyelie.

Das voll entwickelte Krankheitsbild der amyotrophischen Lateral-Sklerose besteht in Muskelatrophie und gesteigerten Sehnenreflexen an den oberen und spastischer Parese an den Unterextremitäten. Die Atrophien entsprechen dem Kernschwund in den Vorderhörnern, die Parese und Steigerung der Sehnenreflexe der Sklerose der Pyramidenseitenstrangbahnen. Als Ursache dieser Krankheit finde ich angegeben Erkältung, Lues, Überanstrengung und Trauma. In Nr. 12 1898 der Berliner klin. Wochenschrift teilt Ludwig Goldberg, Besitzer der Heilanstalt Weißensee, einen Fall von traumatischer amyotrophischer Lateral-Sklerose am untersten Teil des Rückenmarks mit. Ich hatte Ende 1897 einem Arbeiter ein Invaliditätsattest auszustellen, der an amyotrophischer Lateral-Sklerose litt, die zur Ursache ein Trauma hatte. Der 54 Jahre alte Fabrikarbeiter P., welcher im Oktober 1897 seine Fabrikarbeit aufgeben mußte, war gesund bis 1881, wo er sich durch Unfall am linken Unterarm und rechten Unterschenkel breite und tiefe Schnittwunden zuzog. Die fingerlangen Narben sind noch gut zu sehen am linken Unterarm dicht unter der Ellenbogenbeuge und am linken Unterschenkel dicht unter dem Kniegelenk. Danach trat ganz allmählich Muskelschwund an der linken Hand ein; Daumen- und Kleinfinger-Ballen sowie die Interossei atrophierten, und es bildete sich hier durch Kontraktur Krallenhandstellung aus. Den linken Arm kann er im Ellenbogen- und Schultergelenk völlig bewegen.

Ebenso allmählich bildete sich am rechten Beine der charakteristische spastisch-paretische Gang aus; er nimmt kleine Schritte mit steif gestrecktem Beine, den Fuß schleifend, bisweilen beim Tritt emporschnellend. Die Sehnenreflexe der Arme und Beine sind gesteigert. Im letzten Jahre bildete sich Atrophie des rechten Deltamuskels, so daß er den rechten Arm nur knapp zur Horizontalen heben kann. Dagegen sind die Bewegungen und die Muskulatur am rechten Unterarm und der rechten Hand normal erhalten. In den letzten Jahren häufen sich die Veröffentlichungen von Fällen, in denen Trauma als Ursache von Rückenmarkskrankheiten angegeben ist. Da im erzählten Falle die Krankheitserscheinungen zunächst im verletzten Arm und Bein sich ausbildeten, so kann man, da andere Ursachen nicht vorliegen, es als wahrscheinlich annehmen, daß die Verletzung die Ursache der amyotrophischen Lateral-Sklerose gewesen ist. Einen gleichen Fall beobachtete ich kürzlich bei einem Frl. B. (ca. 30 Jahre alt) mit derselben Ätiologie. Während von autoritativer Seite Trauma bei Tabes, multipler Sklerose, progressiver Paralyse nur als das bestehende Leiden verschlimmerndes Moment zugegeben wird und mit Recht, so wird (s. Verhandlungen der Berliner mediz. Gesellschaft 1911) angenommen, daß peripheres Trauma die Vorder- und auch Seitenstränge des Rückenmarks affizieren kann. Tritt Syringomyelie nach Trauma auf, so bestand wohl die Höhlenbildung beim Verletzten bereits. Dazu ein Beispiel: Der Spinner W. wurde 1891 vom Wagen umgestoßen, worauf ein Rad über seine rechte Schulter fuhr. Er war damals 50 Jahre alt. Mehrere Wochen war er infolge dieser Quetschung verhindert zu arbeiten. Dann arbeitete er etwa ein Jahr, uud mußte darauf, weil sein rechter Arm schwach wurde, die Arbeit aufgeben und bewarb sich um Invalidenrente. Jetzt trat er wieder in meine Behandlung und ich finde folgenden Status: Sein Haar ist ergraut; er hat gesunde innere Organe, ist groß und stark; er gibt an, nur ein halber Mensch zu sein; der rechte Arm ist 7 cm kürzer als der linke und baumelt herab; die Finger stehen rechts in Krallenstellung; aktiv kann er keine Bewegungen machen; passiv sind alle Gelenke beweglich; nur das Schultergelenk ist ankylotisch; die Haut ist blaurot, dicht unter der Haut sind die

dünnen Knochen zu fühlen; Nadelstiche empfindet er nicht als Schmerz, sondern nur als Berührung. Am rechten Arm empfindet er auch nicht die Kälte und Hitze; auch die rechte Thoraxhälfte ist kleiner geworden und das rechte Bein hat einen geringeren Umfang als das linke; er gibt an, geringere Kraft im rechten Beine zu haben. Den Kopf neigt er nach der rechten Seite. Die Wirbelsäule des Brustteiles ist nach links etwas gebogen. W. gibt an, daß seit mehreren Jahren die Krankheit zum Stillstand gekommen ist. Es handelt sich hier also um einen gesunden Mann, der mäßig Alkohol zu sich nahm und bei dem nach einem Trauma sich die obengenannte Rückenmarkskrankheit am Halsmark ausbildete. Ähnliche Fälle sind in den letzten Jahren öfters in der Sachverständigen-Zeitung berichtet worden. Einen ähnlichen zweiten Fall beobachtete ich. Ein solcher ist auch im I. Band der „Grenzgebiete“ von Mikuliz und Naunyn beschrieben.

In einer Augustnummer der „Medizinischen Woche“ ist eine Myelitis nach Trauma beschrieben, wobei das Trauma, welches bei gleichzeitig bestehender Tonsillitis follicularis und Gonorrhöe stattfand, die Wunde und den Boden zur Ansiedelung der Gonokokken resp. Streptococcen schuf.

b) Beobachtungen zur Tabes.

Die schwersten Fälle von Rachitis beobachtete ich in zwei Familien, wo eines der Eltern an Tabes litt zur Zeit der Zeugung. In der einen Familie lernte das erste Kind erst im fünften Lebensjahre laufen, das zweite und dritte starb an Stimmritzen-Krampf, das vierte lernte erst Ende des zweiten Jahres laufen trotz Anwendung von Diät, Luftwechsel, Solbädern, Phosphor.

Gebühren für Vorbesuche bei Erstattung von schriftlichen Gutachten
für eine Untersuchung in der Wohnung oder in der Anstalt des Arztes.

Erlaß des preußischen Ministers des Innern vom 16. Mai 1913 — M. 1431 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Die Frage, ob bei der Erstattung von schriftlichen Gutachten für eine Untersuchung in der Wohnung oder in der Anstalt des Arztes die besondere für Vorbesuche bestimmte Gebühr der Nr. 17A Abs. 1 Satz 2 des Tarifs für die Gebühren der Kreisärzte — Anlage I zu dem Gesetze vom 14. Juli 1909 — zu gewähren sei, ist neuerdings in mehreren gerichtlichen Entscheidungen bejaht worden.

Der zweite Satz im ersten Absatze der Nr. 17 des gedachten Tarifs ist von der Kommission des Abgeordnetenhauses mit der Begründung eingeschoben worden, daß zwischen der Untersuchung in der Wohnung und außerhalb der Wohnung unterschieden werden müsse (Kommissionsbericht S. 29, 36). Wenngleich es unzweifelhaft die Absicht der Kommission gewesen ist, lediglich eine Entschädigung für Zeitversäumnis und Wege zu gewähren, so ist doch nicht zu verkennen, daß diese Absicht der Kommission in dem Wortlaut des Tarifs nicht zum Ausdruck gelangt ist.

Die Nummer 17 Abs. 1 spricht ganz allgemein von den Gebühren zu 3, die zu der Gebühr in Nr. 13 hinzutreten sollen, während die Absicht bestand, eine solche besondere Vergütung nur unter den Voraussetzungen für die Gebühr Nr. 3b zu gewähren. Vor allem aber bemißt Nr. 3 die Gebühr höher, wenn eine Untersuchung außerhalb stattfindet, als wenn der Arzt sich an Ort und Stelle begibt und die Untersuchung ohne sein Verschulden unterbleiben muß. Da hiernach der Tarif in diesem Falle nicht nur den Weg, sondern auch die Vornahme der Untersuchung außerhalb besonders vergütet, so läßt es sich auch sachlich rechtfertigen, die Untersuchung an Ort und Stelle besonders zu vergüten.

Hiernach schließe ich mich der obenbezeichneten Auffassung der Gerichte an und ersuche ergebenst, bei der Prüfung von Gebührenrechnungen entsprechend zu verfahren.

Mitteilungen.

— **Die Bedeutung der Spirochäten für die Paralyse.** Kürzlich nahm ich Einblick in ein Originalpräparat Noguchi's von Paralyse-Gehirnrinde, in welchem Noguchi nach seiner Methode die Spirochäten gefärbt hatte. Man sieht die Spirochäten in großer Menge dunkel in dem gelblichen Gewebe der Rinde, deren zellige und faserige Bestandteile nur wenig deutlich hervortreten.

Beim Betrachten eines solchen Präparats schafft sich eine neue Vorstellung vom Zustandekommen krankhafter Äußerungen der Gehirntätigkeit bei Paralyse Raum: sicherlich üben die Spirochäten durch ihre so außerordentlich lebhaften Bewegungen auf die Ganglienzellen und ihre Fortsätze und Fasern einen so erheblichen Reiz aus, daß diese zu einer Reaktion und reaktiven Tätigkeit veranlaßt werden. Welcher Art die Wirkung dieses mechanischen Reizes ist, darüber könnte man sich nur in Vermutungen ergehen. Daß sie nach dem Sitz der Spirochäten verschieden sein, daß sie sich zunächst innerhalb der, der gereizten Zelle eigenen, Funktion abspielen muß, braucht nicht besonders ausgeführt zu werden, wie sich ja auch manche weitere Schlußfolgerung von selbst ergibt. Daß eine länger dauernde mechanische Reizung der Ganglienzellend urch die Spirochäten zu Erschöpfung und Lähmung, schließlich zu Aufbrauch und Schwund der ersteren führen kann, sei ebenfalls nur angeführt. Durch die Annahme der mechanischen Reizung, neben welcher toxische Wirkung und Aufbrauch durch den Nahrungsbedarf der Spirochäten bestehen kann, wird die anatomische Sonderstellung der Paralyse der Erklärung näher gerückt. Bresler.

— Die **Jahresversammlung des Vereins Bayerischer Psychiater** findet am 27. und 28. Juni 1913 in der k. psychiatrischen Klinik zu München statt. Referat: Die paranoiden Erkrankungen. Referenten: v. Hößlin-Eglfing, Stransky-Wien. Vorträge: Kräpelin-München: Über Hysterie. Reichardt-Würzburg: Über Störungen der Körpertemperatur und der vasomotorisch-trophischen Funktionen bei Gehirnkranken. van Velzen-Joachimsthal bei Berlin: Über das Gedächtnis. Kleist-Erlangen: Über paranoide Wahnbildung. Fischer-Prag: Das Alter und die Verlaufsformen der progr. Paralyse. Allers-München: Die Abderhalden'sche Serodiagnostik der Psychosen. Specht-Erlangen: Zur Frage der exogenen Schädigungstypen. Spielmayer-München: Anatomische Demonstrationen. Kolb Erlangen: Zweikernige Ganglienzellen. Plaut-München: Über Halluzinose der Syphilitiker. Weiler-München: Kranken-Demonstrationen. Isserlin-München: Über die Bedeutung von Gefühlsvorgängen für die Reproduktion. v. Rad-Nürnberg: Über motorische Apraxie, bedingt durch halbseitige Balkenläsion (mit Projektionen). Am Vorabend — 26. Juni — ab 8 Uhr nachmittags Zusammenkunft im Hotel Stachus am Karlsplatz, I. Stock. Beginn der Sitzungen in der Klinik 9 Uhr vormittags. Am 29. Juni Besichtigung der neuen oberbayerischen Heil- und Pflegeanstalt Haar.

— **Zum Fall Peill-Schillings.** Das Reichsgericht hat am 30. Mai die Revision des Kommerzienrats Ursprung in Barmen gegen das Urteil der Bonner Strafkammer, durch das er zu 1000 M. Geldstrafe wegen Beleidigung des Rechtsanwalts Fahr in Königswinter in der Entmündigungsaffäre der 80jährigen Witwe Peill-Schillings aus Römlinghoven verurteilt worden war, verworfen. (Vergl. den Aufsatz: Die Entmündigungssache Peill-Schillings von Oberarzt Dr. Mörchen, diese Zeitschrift, XIV, Nr. 38, vom 21. Dezember 1912.)

— Die gedeihliche Fortentwicklung des **Hilfsvereins für Geisteskranke in der Rheinprovinz** (e. V.) wird auch in dem Bericht über das Jahr 1912 durch eine Zunahme der Mitgliederzahl, 19183 gegen 17492 im Vorjahr, wie auch des Vereinsvermögens bestätigt. 405 öffentliche Vereinskassen, darunter die Provinzialverwaltung, 26 Kreise, 33 Bürgermeistereien, 54 Stadtkassen, 276 Gemeindekassen u. a. m. haben 4826 M. an Beiträgen gezahlt. Die Gesamtsumme der Einnahmen ist auf 36932 M., gegen das Vorjahr um 2812 M. gestiegen. Dieser Aufbesserung der Finanzlage des Vereins entsprechend konnten auch die Unterstützungen an Kranke und deren Angehörige auf 23778 M., also beinahe um 900 M. gegen das Jahr 1911 vermehrt werden. Der Vermögensbestand ist von 86998 M. im Jahre 1911 auf 94703 M. angewachsen. Bei günstigem Fortgang der Werbetätigkeit darf daran gedacht werden, die Ziele und Aufgaben des Vereins auch auf Nervenkranke und Epileptische auszudehnen und die Hilfstätigkeit durch Anstellung bezahlter Kräfte immer zuverlässiger und planmäßiger zu gestalten. Auch die Angliederung von Fürsorgestellen an bestehende Wohlfahrtseinrichtungen in größeren Städten, nach dem Vorbilde von Essen und Düsseldorf, wird im Berichte warm empfohlen. Durch Vorträge über das Irren- und Anstaltswesen mit anschließender Besichtigung von Einrichtungen ist aufklärend und belehrend gewirkt worden.

Referate.

— Liepmann, Über Wernickes Einfluß auf die klinische Psychiatrie. Berlin 1911. S. Karger. Preis 1 M.

Verf. schildert eingehend W.s Wirken und Methodik und bringt ihn absichtlich in einen gewissen Gegensatz zu Kraepelin, der in bezug auf die Art der Forschung natürlich nicht zu leugnen ist. Aber gerade hierin ergänzen sich m. E. beide am meisten unter allen führenden Psychiatern.

Roth-Landau.

— Johannes Guttzeit, Die Verantwortlichkeit des Arztes bei Mißerfolgen. Gedanken zur Gesetzesverbesserung des Professors Heimberger. Verlag von Oswald Thomas, Leipzig-Schl. 1912. 88 Seiten.

Verf. verweist vielfach auf seine Schrift: „Ein dunkler Punkt.“ Er stellt dem Fachstudium die „innere Erleuchtung“ gegenüber und nennt als Bei-

spiel einer solchen — August Bebel. „Die schärfere Beurteilung von Mißerfolgen nicht approbierter (Natur-) Ärzte im Vergleich mit den approbierten enthält ein gut Teil Klassenjustiz." „§ 230 etc. schließt ein besonderes ärztliches Berufsrecht zu ‚Körperverletzungen' aus." — Der Schlußsatz, daß „Elemente, die eher ins Schlachthaus gehören, den Tempel der Hygieia nicht beflecken sollen", ist gut.

Dr. Vogel-Colditz.

— Eva Lotting, Nervosiät. Verlag Erich Reiß, Berlin. 315 Seiten.

L. führt uns einen jungen Menschen vor, der seine schwere Neurasthenie selbst heilt durch Hingabe an die Religion, „wenn wir uns die Religion ins Herz gezwungen haben, sind wir gesund" (!). Daneben laufen die Liebes- und Flirtgeschichten mehrerer junger, in der Pubertät begriffener Leute aus dem Mittelstand. Diese Schilderungen sind nicht ohne Geschick verfaßt, im übrigen aber ist der Roman für die Fachgenossen ohne sonderliche Bedeutung.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Dr. Hans Kurella, Bonn, Anthropologie und Strafrecht. Zwei Vorträge. Verlag Kabitzsch, Würzburg 1912. 91 S. 2 M.

Mit einem Nachwort über Cesare Lombroso, als dem Urheber der Kriminalanthropologie, beginnt Verf. seine Ausführungen, die sich eng an den VII. Internationalen Kongreß für Kriminalanthropologie zu Köln 1911 anschließen und von denen einige Punkte hier herausgegriffen seien.

Nicht zur Vergeltungstheorie der alten Strafgesetzbücher, sondern zum Vorbeugen, Individualisieren und Helfen soll Stellung genommen werden, nachdem die Kriminalität in ihren inneren und äußeren Ursachen methodisch und systematisch durchforscht ist. Psychophysische Anlage des Individuums und gesellschaftliches Milieu sind für jede menschliche Handlung von grundlegender Bedeutung.

Die Strafgesetz-Vorentwürfe von Deutschland, Österreich und der Schweiz werden sodann besprochen, in denen eine soziale Abwehr des Verbrechens nach kriminalanthropologischen und kriminalsoziologischen Gesichtspunkten angestrebt sei, so daß die Strafe auf die Persönlichkeit des Verbrechers Rücksicht nehme.

Ein juristisches (Mittermaier) und medizinisches (R. Sommer) Referat über Kriminalpsychologie folgt, dem sich die Unterbringung der gefährlichen Geisteskranken und die Behandlung der vermindert Zurechnungsfähigen anschließt; auch der Jugendlichen, speziell der Fürsorgezöglinge wird eingehend Erwähnung getan. Alles in allem ein sehr lesenswerter, interessanter Kongreßbericht, der sicherlich für viele, Richter sowohl wie Ärzte, nicht ohne Anregung bleiben wird.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Frank-Zürich, Nervenarzt Dr.: Die Determination physischer und psychischer Symptome im Unterbewußtsein. Corr.-Blatt für Schweizer Ärzte, 1911, Nr. 34.

Verf. ist Anhänger der Psychoanalyse und steht auf dem Standpunkt, daß sich eine Reihe von nervösen Störungen „auf dem Wege der Psychoanalyse als Komplex bedingt beweisen und beseitigen lassen."

Kürbitz-Sonnenstein.

— Kausch, W.: Erfahrungen über Tuberkulin Rosenbach. (Aus der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Auguste Viktoria-Krankenhauses in Schöneberg.) Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1913, Nr. 6.

Das Rosenbachsche Präparat ist das Produkt der Symbiose von Tuberkelbazillen und Pilzen, und zwar einem Trichophytonpilz. Die Pilze haben die schädigenden, nicht zur Heilung beitragenden Substanzen vernichtet, es kann daher in weit höherer Dosis als die sonstigen Tuberkuline angewandt werden. Bei der Herstellung wird keine Erhitzung angewandt. Verfasser, ein Schüler von Mikulicz, versuchte das T.R. zunächst in sehr schweren Fällen und war in hohem Maße überrascht von der Wendung zum Besseren, die in keinem der Fälle ausblieb. Erst danach wandte er das Mittel auch in leichteren Fällen an, und es gab ihm dieselben günstigen Resultate.

„Groß ist die Zahl der mittelschweren und leichteren mit T.R. behandelten Fälle. Es liegt in der Natur dieser Fälle, daß der einzelne nicht viel beweist; wohl tut dies aber ihre Gesamtheit. Ich kann nur sagen, daß ich in allen Fällen den Eindruck hatte, das Mittel tue gut. Die Fälle besserten sich weit schneller, als ich das unter anderer Behandlung und besonders auch früher bei anderen Tuberkulinen gesehen hatte."

Ein völliges Versagen hat er in keinem Falle, in dem das Mittel konsequent angewandt wurde, erlebt. Das T.R. hat in keinem Falle geschadet.

Zur Technik bemerkt Verf:

Das Rosenbachsche Präparat ist in Fläschchen zu 1, 2, 5, und 10 ccm zu haben. „Leider ist der Preis etwas hoch; in der größeren Packung kostet 1 ccm 1,75 bis 2,20, in der kleineren 0,90 bis 1,50 M. Er wird sich bei den teuren Herstellungskosten wohl auch nicht erheblich erniedrigen lassen.

Man beginnt im allgemeinen mit 0,1, steigt jedesmal um einen Teilstrich, bis 1 ccm erreicht ist Bei sehr elenden Patienten beginnt man besser mit 0,01 ccm, steigt langsam bis 0,1 und dann in der genannten Weise weiter.

Das Tuberkulin soll mit Kochsalzlösung verdünnt, mindestens zu gleichen Teilen, eingespritzt werden Man zieht die Zahl der Teilstriche in der Spritze auf und Kochsalzlösung nach. Für die kleinen Dosen von 0,1 ccm und darunter wird am besten eine verdünnte Lösung hergestellt; soll diese länger stehen, so nimmt man dazu halbprozentige Karbollösung.

Wie schnell die Einspritzung wiederholt wird, richtet sich nach der Stärke der Reaktion."

„Es scheint zweckmäßig, pro Woche zwei Einspritzungen zu geben, jedenfalls tue man dies bei ausbleibender oder geringer und schnell verschwindender Reaktion. Sind die Reaktionen heftig, dann werden die Injektionen entsprechend seltener vorgenommen."

Von ähnlichen günstigen Erfolgen mit Tuberkulin „Rosenbach" berichtet Dr. Karl Hochhalt in einem Aufsatz „Die neueren Wege in der Behandlung der Lungenschwindsucht" (Auszug aus „Pester medizinisch-chirurgische Presse" Nr. 6, 1913, pag. 42).

— Drügg, Walter: Untersuchungen mit der v. Dungernschen Vereinfachung der Wa.R. (Aus der Inneren Abteilung des Marienhospitals in Düsseldorf, Chefarzt: Dr. Engelen.) Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1913, Nr. 7.

Von den zahlreichen Modifikationen der Wa.R. hat sich die v. Dungernsche Methode wohl die

meisten Anhänger erworben. Verf. hat eine ganze Anzahl von Patienten nach beiden Versuchsanordnungen untersucht. Er kommt zu dem Resultat: „In ihren extremen Resultaten erscheint die v. Dungernsche Modifikation der Wa.R. zuverlässig, vorausgesetzt, daß die Untersuchung nach dem vorgeschriebenen Plan und mit der erforderlichen Exaktheit angestellt wird."

Gegen die Verwendung der Methode durch praktische Ärzte oder kleinere Krankenhäuser, denen daran gelegen ist, ihre Serumuntersuchungen selbst auszuführen, bzw. denen eine größere Untersuchungsanstalt nicht zur Verfügung steht, sei wohl nichts einzuwenden. Eine Einführung in die größeren Laboratorien käme wohl nur zur Kontrolle, zur Ergänzung, nicht zur Verdrängung der Wa.R. in Betracht.

— Nerking-Düsseldorf, Dr. med. et phil. J.: Über Lezithininjektionen. Zentralblatt für die gesamte Therapie Heft 2, 1913. Verlag von Moritz Perles, k. u. k. Hofbuchhandlung, Wien I.

Außer nach der Narkose (zur Abkürzung und zur Aufhebung übler Nachwirkungen) seien die Lezithininjektionen (chemisch reines Lezithin) angewandt worden bei Epilepsie; bei einer Reihe von Fällen hätten sich Erfolge gezeigt im Sinne eines Nachlassens der Anfälle, die auch in leichterer Form auftraten. Die Injektionen müssen jedoch bei Epilepsie mindestens mehrere Monate fortgesetzt werden. Ein weiteres Anwendungsgebiet der Injektionen seien Tabaksamblyopie, schwere nervöse Zustände, sexuelle Neurasthenie, Impotenz, Leukämie und Anämien und möglicherweise, da das Lezithin Kalkablagerungen in den Geweben zu hindern, schon vorhandenen Kalk sogar aufzulösen scheine, Arteriosklerose und Gicht. Man spritzt je nach der Schwere des Falles 2—5 ccm der Lösung (gebrauchsfertig in sterilen Ampullen à 2 und 5 ccm 10 %iger Lösung im Handel) am besten unter die Rückenhaut (unter allen aseptischen Kautelen).

— Teichmann-Erfurt, Bernhard: Beweis für das Dasein des Schöpfers des Weltalls. Selbstverlag. 28 S. 0,60 M.

Vom teleologischen Standpunkt aus glaubt der Verf. das Dasein eines Schöpfers beweisen zu können; seine Ausführungen sind populär, leicht verständlich und ohne gehässige Kritik geschrieben.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Jahresberichte der Großherzogl. Badischen Irren-Anstalten, für das Jahr 1909 und 1910.

Ein 2jähr. Überblick über die psychiatr. Kliniken zu Heidelberg und Freiburg, sowie über die Irrenanstalten zu Illenau, Pforzheim, Emmendingen und Wiesloch wird uns in dem vorliegenden Bericht gegeben.

Als Anhang ist dann das neue badische Gesetz,

die Irrenfürsorge betreffend, angefügt, in dem die Verhältnisse sowohl für die öffentlichen wie auch für die Privat-Anstalten geregelt sind. Am Schluß ist dann noch das Formular für das ärztliche Aufnahme-Zeugnis zum Abdruck gelangt.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Nieuwenhuijse, Prosektor Dr., Irrenanstalt Meerenberg, Holland. Zur Kenntnis der tuberösen Hirnsklerose. Psychiatr. u. Neurolog. Bladen, 1912, Nr. 1.

Nach einem Überblick über die bisherige Literatur der tuberösen Hirnsklerose schildert Verf. einen von ihm untersuchten Fall, der erst im 75. Jahre zum Exitus kam und bei dem sich Hirnrindentumoren, ein Ventrikeltumor und multiple Nierentumoren fanden, außerdem noch zahlreiche symmetrische Lipome im subkutanen Gewebe der oberen Extremitäten.

Mikroskopisch sah man u. a. zahlreiche Corpora amylacea, die Neurogliafasern sind pinsel- und wirbelartig zu Bündeln vereinigt, ferner waren viele „große Zellen" vorhanden, die Verf. als mißbildete Ganglienzellen gedeutet wissen will. In den Nierentumoren waren nur Spindelzellen und Blutgefäße zu konstatieren.

Der Krankheitsprozeß selbst ist als Entwicklungsstörung zu deuten, wenngleich auch seine eigentliche Natur noch unbekannt ist (Entzündung?).

Kürbitz-Sonnenstein.

Personalnachrichten.

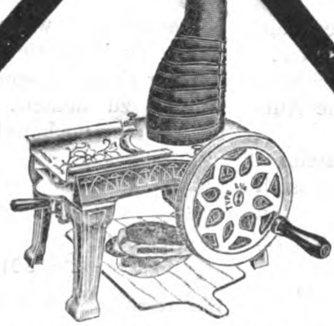
Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Münster i. W.** Der Assistenzarzt Dr. Dietrich ist mit dem 1. d. Mts. hier ausgeschieden. Neu eingetreten sind Oberarzt Dr. Hegemann von der Provinzial-Heilanstalt zu Warstein sowie Volontärarzt Dr. Jacobi aus Bielefeld.

— **Gießen.** Professor Dr. Dannemann ist zum Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Philippshospital bei Goddelau ernannt, auch ist ihm der Titel „Medizinalrat" verliehen worden.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien) — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

„Der Liebling der Küche“



wird unsere

„Westfalia“

Aufschnitt - Schneide - Maschine meist benannt.

Es gibt auch tatsächlich keine größere Küche mehr, wo diese Maschine nicht zum Schneiden von Schinken, Rauchfleisch, Wurst, Braten, Speck, Käse, Brot etc. die unschätzbarsten Dienste leistet. Prospekte gratis.

Schneidemaschinenfabrik

Graff & Stein, G. m. b. H., Witten-H.-Ruhr.

D. F. S. G. G. H.

— Katalog frei. —

Ein gutes Geschenk

für die Hausfrau ist unbedingt eine Nähmaschine. Hervorragend konstruierte und modern ausgestattete Maschinen aller Systeme bietet Sturmvogel. Langschiff, Schwingschiff, Rundschiff und Zentral-Bobbin für Familie und Schneiderei. Fahrräder mit Aluminiumfelgen, Pneumatiks, elektrische Apparate, Taschenlaternen, Feuerzeuge, Rasierapparate, Spiritus-Bügeleisen, Maschinennadeln. Schreiben Sie noch heute an uns wegen Übernahme der Vertretung.

‚Sturmvogel‘ Gebr. Grüttner
Berlin-Halensee 244.

Stellengesuche.

An der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu **Bunzlau** in Schlesien ist eine

Assistenzarztstelle

bei freier Station und einem Anfangsgehalte von 1800 M. (jährliche Steigerung und nach 3 Jahren bei Bewährung lebenslängliche Anstellung als Abteilungsarzt mit einem Einkommen von 3000 M. bis 6600 M.) sofort zu besetzen. Eventuell kann Familienwohnung gewährt werden. Anrechnung anderwärts zurückgelegter Dienstzeit bis zur Höchstdauer von 3 Jahren ist auf Antrag in der Regel gewährt worden. Bewerbungsgesuche, denen ein selbstgeschriebener Lebenslauf, die Approbation als Arzt und etwaige Zeugnisse beizufügen sind, sind zu richten an die Direktion.

Sanitätsrat Dr. **Neisser.**

Weitere Stellengesuche siehe auch folgende Seite.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

HEILANSTALT PÜTZCHEN VORM. DR. GUDDEN'SCHE HEILANSTALT GEGENÜBER BONN A. RH.



Für Nerven und Gemütskranke • Auch Entziehungskuren
8 Villen in 70 Morgen großem Park • Telefon: Amt Bonn 229
Dirigierender Arzt u. Besitzer: Dr. A. Peipers · 2. Arzt. Dr. Wildenrat · 3 Ärzte

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 12. 21. Juni 1913/14.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Über die zweckmäßige Größe der Anstalten für Geisteskranke. Von Regierungsrat Dr. Josef Starlinger, Mauer-Oehling. (S. 143) — Mitteilungen (S. 151): Serodiagnostik nach Abderhalten in der Psychiatrie. — Referate (S. 151). — Personalnachrichten (S. 153).

Über die zweckmässige Grösse der Anstalten für Geisteskranke.

Von Regierungsrat Dr. Josef *Starlinger*, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Oehling.*)

Parvae res crescunt,
Sunt certi denique fines.

Im ganzen Krankenhauswesen spielt die Frage nach der Größe der Anlage eine wesentliche Rolle. Nirgends aber erreicht dieselbe eine solche Bedeutung wie im Irrenanstaltswesen. Bei gewöhnlichen Krankenhäusern bildet die Größe fast ausschließlich eine rein administrative Frage, bei den Anstalten für Geisteskranke hingegen handelt es sich nicht um reine Verwaltungsangelegenheiten, sondern es ist auch das ärztliche Regime und die eigentliche Behandlung selbst vielfach an die Größe der Anstaltsanlage und die Zahl der Kranken gebunden. Man sagt daher nicht mit Unrecht, daß bei der Behandlung der Geisteskrankheiten die Anstalt selbst eine Medizin darstellt. Dieser enge Zusammenhang von Psychiatrie und Anstaltsbau läßt es auch begreiflich erscheinen, daß die Anstaltsärzte von Haus aus um dieser ärztlichen Seite willen sich mehr mit der Anstaltslage an sich befaßten und befassen mußten, als die administrativen Behörden, die dieser Frage meist bloß vom finanziellen Standpunkte ihre Aufmerksamkeit zuwendeten. Dieser behördliche Standpunkt war aber für die breite Öffentlichkeit stets der verständlichere. Daher prävalierte auch diese Auffassung umso leichter und trat die medizinische umso natürlicher in den Hintergrund, zumal die Psychiatrie naturgemäß auf eine besondere Popularität nicht rechnen durfte. So kam es, daß man den medizinischen Forderungen wenig Gehör zu schenken pflegte, und aus einseitigen administrativen Gefühlsurteilen in der zunehmenden Größe der Anstalten allein den einzigen Ausgleich sah für die rasch wachsenden Bedürfnisse auf diesem Wohlfahrtsgebiete. So kam es weiter, daß unsere Anstalten völlig unbehindert an Ausdehnung zunahmen und sich schließlich zu solchen bedenklichen Dimensionen entwickelten, die Siemens veranlaßten, diese Auswüchse mit dem Namen „Mammutanstalten" zu belegen.

Dieses schrankenlose und nur auf den Großbetrieb zugeschnittene Anwachsen zeitigte aber schließlich auch administrativ nicht die erhofften Früchte. Und schon dringen hie und da auch von nichtärztlicher Seite Zweifel durch über die finanziellen Vorteile der großen Anstalten. Angesichts dieser Verhältnisse treten die ärztlichen Klagen von selbst wieder mehr in den Vordergrund und führen zur erhöhten Notwendigkeit, der Frage der großen Anstalten neuerlich eine besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Dieses aktuelle Interesse ist zweifellos auch die Ursache, daß der deutsche Verein für Psychiatrie dieses Thema besonders zur Verhandlung gestellt hat.

Es darf wohl gleich anfangs betont werden, daß dieser Untersuchung eine besondere Schwierigkeit zukommt. Die Schwierigkeit in dieser Frage liegt in der großen Kompliziertheit derselben überhaupt und namentlich darin, daß ihre ärztliche und administrative Seite in einem gewissen Gegensatze zu einander zu stehen scheinen, wodurch deren Erörterung sich naturgemäß noch komplizierte. Das Anstaltswesen ist im Laufe seiner Entwicklung über manche Schwierigkeiten hinweggekommen, Art, Stil, Einrichtung, Zelle, Wachsaal etc. haben der Reihe nach ihre Klärung erfahren, und wenn diese auch im Laufe

*) Vortrag, gehalten bei der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie zu Breslau, am 13. Mai 1913.

der letzten Dezennien jeweils besondere Bedeutung genossen haben, sie sind heute an Wichtigkeit völlig zurückgetreten, weil man mit diesen Dingen im wesentlichen ins Reine gekommen ist. Nur die Frage nach der Größe der Anstalten blieb noch ungelöst, obwohl auch sie nicht erst von gestern datiert. Wir alle aber haben das Verlangen, daß auch hier einheitliche und halbswegs gesicherte Anschauungen Platz greifen, und wir haben das dringliche Empfinden, daß auch auf dem Gebiete der Anstaltsgröße klare und sichere Grundlagen geschaffen werden müssen, weil Bau und Betrieb, ärztliche und administrative Maßregeln, mit einem Worte das ganze Anstaltswesen davon betroffen wird und seine Entwicklung ganz davon abhängig ist.

Meine Herren! Es mag hier gleich anfangs ein alter und oft gehörter Vorwurf seine Erwiderung finden, daß auch die Fachkreise über die Größe der Irrenanstalten nicht immer eine und dieselbe Auffassung hatten. Gesetzt den Fall, daß diesem Einwurfe seine volle Richtigkeit zukommt, wen dürfte das wundernehmen? Im Wandel der Zeiten läßt jede Disziplin auch einen gewissen Wandel in den Anschauungen erkennen. Für die Psychiater darf auch noch die Jugend des eigentlichen Anstaltswesens als weiterer Entschuldigungsgrund gelten, und der Umstand, daß auch heute noch nicht bloß jeder ärztliche Fortschritt, sondern auch jede technische Neuerung am Anstaltswesen modelt und bildet. Endlich waren es nicht zum wenigsten lokale Umstände, die eine gewisse Verschiedenheit der Auffassung bedingten, und selbst der Zug der Zeit nach immer größeren Werken blieb auch auf unserem Gebiete nicht ohne sichtlichen Einfluß. Den Psychiatern damit eine besondere Inkonsequenz in die Schuhe schieben zu wollen, wäre demnach übel angebracht. Übrigens ist dieser Vorwurf durchaus nicht sehr gerechtfertigt, da die vorgeschützten Differenzen in den fachärztlichen Anschauungen keineswegs sehr bedeutend sind, wie ein kurzer historischer Rückblick veranschaulichen möge.

Ein solcher Rückblick bildet aber zugleich die beste Einführung in unser Thema. Er kann sich aber, und das mag gleich hier vermerkt werden, nicht in weitgehende Details verlieren, und es können nur die charakteristischesten Daten und Ereignisse herausgegriffen werden. Im Jahre 1858 hat Seine Durchlaucht der Fürst Anatol von Demitoff, Mitglied der kaiserlichen leopoldinischen Akademie, an den Präsidenten die psychiatrische Preisfrage*) gestellt: Es wird gefordert, einen durch Baurisse und Kostenvoranschläge gestützten Plan einer zur Zeit erforderlichen, psychiatrisch entsprechenden Irrenheilanstalt für 150 bis 200 Kranke auszuarbeiten. Der von der kaiserlich leopoldinischen Akademie zu vergebende Preis war 500 Taler. Vor beiläufig einem Jahrhundert wurde also eine Anstalt bloß für Heilzwecke in der Größe von rund 200 Kranken als entsprechend und zeitgemäß hingestellt. Und da die Preisausschreibung nur auf heilbare Kranke Rücksicht nimmt, und die Unheilbaren in jeder Anstalt heute etwa zwei Drittel ausmachen, so könnte man annehmen, daß etwa 600 Kranke für eine gemischte Heil- und Pflegeanstalt damals als zeitgemäß angesehen worden wäre.

Die 60 und 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts gehörten vorwiegend der wissenschaftlichen Psychiatrie, dem Ausbau der psychiatrischen Wissenschaft, der Errichtung von Lehrstühlen, der Irrengesetzgebung und der Statistik an. Das Anstaltswesen während dieser Zeit war mehr Gegenstand der inneren Organisation und der Entwicklung eines freiheitlichen Lebens in den Anstalten, über die Größe selbst wurde weniger diskutiert; die wenigen Angaben in dieser Hinsicht werden nur so nebenbei gemacht. So schreibt 1872 Pelmann*) von Stephansfeld, daß diese Anstalt keineswegs die jüngste unter den deutschen Anstalten sei, wohl aber die neueste und jedenfalls eine der größten. Sie zählte damals nicht ganz 800 Kranke. Zehn Jahre später heißt es in dem Berichte der Anstalt Dalldorf**) mit etwa 1100 Kranken: Die stärkere Belegung der Anstalt Dalldorf ist aus baulichen, hygienischen und administrativen Rücksichten von der Hand zu weisen, zumal wenn die Behörden und der Staat die Qualität einer guten Irrenanstalt erhalten wollen. Erst mit dem Aufschwunge des Anstaltswesens Ende der 80er und anfangs der 90er Jahre wird auch die Frage nach der Größe der Anstalten lebhafter. So hat Alt 1896 auf der Versammlung der Irrenärzte Niedersachsens in Westfalen auf Grund einer Rundfrage die Größe der Anstalten erörtert. Sein Vortrag war betitelt: Welches ist die zweckmäßigste, und welches ist unbeschadet der Einheitlichkeit der Verwaltung und ärztlichen Oberleitung die höchst-zulässige Bettenanzahl einer neu zu erbauenden gemischten Irrenanstalt? Er hält eine Belagstärke von 500—600 Betten als die zweckmäßigste für eine Provinzialirrenanstalt, und die Zahl von 800 als immer noch zulässige oberste Grenze. Er fügt bei, daß fünf Sechstel aller deutschen Irrenärzte diesen Anschauungen beigestimmt haben. 1898 erörterte Oebeke

*) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band XVI, 151.

*) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band XXIX, 390.

**) Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Band XXXVIII, 745

die Größe der neu zu erbauenden Irrenanstalten, indem er sagte: Einige Anstalten umfassen 11—1200 Kranke, nach Ansicht ihrer Verteidiger ohne Nachteil für die Kranken, während andere nicht über 600 hinausgehen. Letzterer Ansicht muß auch er sich anschließen, er meint aber, den Hauptgesichtspunkt für die Beurteilung der größeren Anstalt bilde übrigens der Wechsel des Krankenmaterials und die Höhe der Aufnahmen. 1899 hat Werner in der Jahresversammlung der deutschen Irrenärzte in dem Vortrage über öffentliche Anstalten bezüglich ihrer Größe und Verwaltung diese Frage neuerlich berührt. Seine Schlußfolgerung gipfelt darin: Mehr als 600 Kranke kann ein ärztlicher Direktor nicht übersehen. — Als im Jahre 1902 die Provinz Westfalen daran ging, eine neue Irrenanstalt zu bauen, wurde von fachärztlicher Seite der Provinziallandtag gewarnt, eine Anstalt für 1400 Kranke in Ausführung zu bringen. In den letzten Jahren hat Fischer in einer ausführlichen Denkschrift über den Stand der Irrenfürsorge in Baden sich nochmals eingehender auch mit den Größenverhältnissen im Anstaltswesen befaßt, auch er ist nicht für große Anstalten von 1800—2000 Betten, wenn sie unrichtig angelegt und schlecht organisiert sind, und kommt zu dem Schlusse, daß dort, wo eine größere Anzahl von Krankenbetten als 900 oder 1000 notwendig ist, man zwei Anstalten erbaue, aber sie durch eine Reihe von Zentralanlagen miteinander verbinde. Dieser kurze historische Rückblick zeigt, daß sich die fachärztlichen Anschauungen im eigentlichen nicht wesentlich geändert haben, daß sie im allgemeinen der kleinen Anstalt immer zugetan blieben, und einer Größe von 600—1000 den Vorzug gegeben haben, daß die fachärztlichen Erfahrungen und Äußerungen sich immer gegen die großen Anstalten richteten und daß trotzalledem durch die Macht des finanziellen Gedankens die Anstalten bis 2000 und darüber hinausgewachsen sind. Es ist also keineswegs vollständig richtig, daß wir Anstaltsärzte selbst über die zweckmäßige Größe der Anstalten im Laufe der Zeiten so sehr verschiedener Anschauung gewesen sind und unsere Ansichten wesentlich geändert hätten. Die folgende Statistik über das allmähliche Anwachsen der Anstalten im Laufe der letzten 30 Jahre veranschaulicht also keineswegs etwa die Anschauungen der Ärzte über dieses Kapitel, sondern sie dokumentiert nur das tatsächliche Werden und Wachsen der Anstaltsgröße an sich. Diese Tabelle rubriziert die Anstalten nach der Belagziffer des betreffenden Jahres. Sie ist aus den letzten 5 Auflagen der Laehr'schen „Heil- und Pflegeanstalten" entnommen:

Jahr	bis 500	500 bis 1000	1000 bis 1500	1500 bis 2000	über 2000	Summe
1882	136	17	3	—	—	156
1891	120	31	6	—	—	157
1899	120	60	6	—	—	186
1907	94	78	15	5	1	193
1912	95	100	25	7	3	230

Nach dieser Tabelle zeigt sich erst nach dem Jahre 1891 die raschere Zunahme im Anstaltsbaue, und zwar vorerst in der Art, daß namentlich die Anstalten von 500 bis 1000 Betten eine wesentliche Vermehrung erfahren. Die Vergrößerung der Anstalten über 1500 hinaus trifft man erst im Beginn dieses Jahrhunderts an. Ganz besonders rasch steigt die Zahl der Anstalten in den letzten 5 Jahren. Die Zahl der Anstalten unter 500 nimmt ständig ab. Die Anstalten von 500 bis 1000 Betten zeigen die größte Zunahme und überragen an Zahl alle anderen Kategorien. Die Zahl der Anstalten von 1000 bis 1500 nimmt ziemlich rasch zu. Noch heute hält sich die Mehrzahl der Anstalten innerhalb 1000 Betten. Ihre Zahl ist mehr als fünfmal größer als die der Anstalten mit über 1000 Betten.

Die großen und größten Anstalten liegen vorwiegend im Bereiche der Großstädte oder großer Industriezentren, namentlich hat Wien mit seinen Anstalten „Am Steinhof" einen hohen Rekord erreicht, an den andere großstädtische Anlagen bei weitem nicht heranreichen. Um in die Verhältnisse der Großstädte bezüglich des Anstaltsbaues, deren Größe und Lage einigermaßen Einblick zu erhalten, habe ich im Jahre 1910 ein Rundschreiben an die Hauptstädte Berlin, Paris und London gerichtet, um die damals vorhandenen Verhältnisse bezüglich unseres Themas in Erfahrung zu bringen. Die folgenden Tabellen sind deren Ergebnis:

Aus dieser Statistik ergibt sich: 1. daß alle Großstädte einerseits die Bettenzahl ihrer Anstalten im Laufe der Jahre wesentlich vergrößern mußten und vergrößert haben, 2. daß sich die Größe des heutigen Belages für die einzelnen Anstalten beiläufig zwischen 1000 bis 2400 bewegt, 3. daß Paris, Berlin und London eine Reihe von Anstalten um die Stadt herum legen mußten, und daß nur Wien allein seine Kranken in einer einzigen Riesenanstalt versorgt hat. Endlich mußten die Großstädte Paris, Berlin und London mit ihren Anstalten beträchtlich über das Weichbild der Stadt hinausrücken, und haben die meisten der neueren Anstalten daselbst eine längere Bahnfahrt vonnöten.

Name der Anstalt	Jahr der Eröffnung	Bettenzahl		Entfernung vom Stadtzentrum	Zahl der jährlichen Aufnahmen
		anfänglich	1911		
London:					
Hanwell	1831	300	2 442	8 Meilen Bahn u. 50 Min. Trambahn	450
Colney Hatch	1851	1 255	2 479	6½ Meilen Bahn u. 40 Min. Trambahn	685
Banstead near Sutton Surrey	1877	1 700	2 478	14 Meilen Bahn u. Wagen, 1 Std.	554
Cane Hill Coulsdon Surrey	1883	1 124	2 122	16 Meilen Bahn, 1 Std.	266
Claybury (Woodford Bridge Essex)	1893	2 050	2 320	10 Meilen Bahn u. Wagen, 1 Std.	482
Bexley (Bexley, Kent)	1898	2 000	2 231	13 Meilen Bahn u. Wagen, 1 Std.	357
The Manor (Epsom Surrey)	1899	700	938	16 Meilen Bahn u. Wagen, 1 Std.	134
Horton (Epsom Surrey)	1902	2 000	2 120	16 Meilen Bahn u. Wagen, 1 Std.	288
Colony for Epileptics (Ewell, Surrey)	1903	326	333	16 Meilen Bahn u. Wagen, 1 Std.	45
Long Grove (Epsom)	1907	2 013	2 164	16 Meilen Bahn u. Wagen, 1 Std.	620
Paris:					
Asile Clinique	1867	490	1 070	In Paris, 14. Arrond., 1 rue cabanis	292
Asile de Vaucluse	1869	500	1 030	In Epinay s. Orge, 24 rue de Paris	785
Asile de Villejuif	1884	320	1 121	9 km	1 170
Asile de Ville-Evrard	1868	175	974	In Neuilly s. Marne, 15 km von Paris	818
Asile de Maison-Blanche	1900	700	1 180	dito	577
Asile de Moistelles	1905	320	320	22 km	139
Berlin:					
Herzberge	1893	1 000	1 200*)	40 Minuten	2 422
Dalldorf	1880	1 000	1 150**)	45 Minuten	1 480
Buch	1906	1 555	1 650†)	15 Min. u. 30 Min. Eisenbahnfahrt	972
Wuhlgarten	1893	1 000	1 186††)	15 Min., 28 Min. Eisenbahnfahrt	983
Wien:					
Steinhof*†)	1907	2 200	3 500	½ Std. Trambahn	3 629

*) Privatanstalten 305, Familienpflege 171. **) Privatanstalten 637, Familienpflege 324.
†) Privatanstalten 113, Familienpflege 73. ††) Privatanstalten 88, Familienpflege 8.
*†) Im Jahre 1913.

Mit dieser Darlegung dürfte ein beiläufiger Rückblick über das Anwachsen der Anstalten und deren heutige Größenverhältnisse gegeben sein.

Anschließend daran möchte ich gleich auch der Literatur über unser Thema kurz gedenken. Diese ist zwar nicht sehr zahlreich und nichts weniger als gesammelt, aber es gibt wenige Punkte unserer Frage, die nicht bereits von fachärztlicher Seite das eine oder andere Mal Gegenstand einer Untersuchung geworden sind. Die vorliegende Literatur befaßt sich mit der Größe der Anstalten an sich, mit ihren ärztlichen und administrativen Beziehungen, sie bespricht den Betrieb im allgemeinen und beschäftigt sich namentlich mit dem Baue der großen Anstalten. Was den Tenor der gesamten literarischen Veröffentlichungen anlangt, so wurde von fachärztlicher Seite fast durchwegs über die großen Anstalten, damit ist gesagt, Anstalten, welche über 1000 hinausgehen, der Stab gebrochen. Fast allgemein ist das Resultat immer das, daß man die kleinere Anstalt unter allen Umständen für zweckentsprechender hält und daß man durchschnittlich über 1000 nicht hinausgehen will. Und wenn die Tatsachen über die Wünsche der Ärzte hinausgeschritten sind, so suchen sich die Ärzte so gut wie möglich mit denselben abzufinden. Was die Veröffentlichungen über die Größe der Anlagen anlangt, so wurde ihrer bereits früher gedacht. Die anderen werden, soweit sie auf unsere Frage Bezug haben, im einzelnen später noch berührt werden, wenn Gelegenheit sich hierzu bietet. Und nun will ich an die eigentliche Untersuchung unserer Frage herantreten!

Echt medizinisch muß man zur Erforschung jeder Erscheinung vor allem deren Ätiologie nachgehen. Die Kenntnis der Ursachen bedingt auch meist das Verständnis der Sache. Zu dem Zwecke müssen wir uns vor allem darüber fragen: Wo entstanden die ersten großen Anstalten? Dort werden wir auch

dann die Ursachen finden müssen, die dazu geführt haben. Und hierin ist wohl kein Zweifel, die ersten Anstalten entstanden in und bei den Reichshauptstädten, und erst in jüngster Zeit sehen wir auch abseits von ihnen, am Lande mit der Anlage von großen Anstalten einsetzen.

In den Großstädten hat vor allem das Anstaltswesen zeitlich früher eingesetzt als auf dem Lande; das Anstaltswesen der Großstädte ist also älter und umfaßt einen größeren Zeitraum der Entwicklung. Es wäre also nicht unmöglich, daß die Größenzunahme der Anstalten an sich einfach eine Entwicklungserscheinung ist, die naturgemäß bei den Großstädten einsetzen mußte, nach und nach aber überhaupt überall dort auftreten wird, wo großstädtische Verhältnisse sich entwickeln. Die Großstadt war es auch, welche eine größere Zahl von Geisteskranken produzierte, die Notwendigkeit, resp. das Bedürfnis nach Anstaltsbetten war daher dort ein weit größeres als irgendwo anders. Die Populationsbewegung brachte in den Großstädten infolge der vielfachen Zuwanderung von oft zweifelhaften Elementen noch obendrein mehr als anderswo eine wesentliche Vermehrung. Dazu ließen die großen Preise für Grund und Boden in der Nähe der Reichshauptstädte und der Mangel an passendem Terrain überhaupt es weiter erklärlich finden, warum man sich leichter zu An- und Zubauten, zum Anknüpfen an das Alte entschloß, ehe man passendes Terrain für neue Anstalten ausfindig machen konnte. Der neue Bautypus der Anstalten, das Pavillonsystem, begünstigte diese Erweiterung der Anstalten nicht unwesentlich. Endlich wollte man die Anstalten ja nicht weit von den Hauptstädten wegverlegen, um den Verkehr und die Besuche dorthin nicht übermäßig zu erschweren. Schließlich wurde die ganze Bewegung lebhaft unterstützt von dem Schlagworte der Billigkeit. Alle Welt war darüber einig, daß die große Anstalt billiger im Bau und Betriebe zu stehen komme, und dieses Schlagwort ist schließlich fast zum einzigen Motiv überhaupt geworden, welches die großen Anstalten nicht bloß in den Hauptstädten erstehen ließ, sondern auch für das flache Land als einzig rationell hinstellte. Auch ärztliche und administrative Vorteile werden von Einzelnen ins Feld geführt. So z. B.: Ein größerer Ärztestand, ein anregenderes Anstaltsleben, reichlichere Mittel für den Haushalt und bequemeres Arbeiten infolgedessen. Auch für die Wissenschaft ließen sich leichter Mittel in größerem Umfange beschaffen, die Arbeitstherapie sei abwechslungsvoller und kombinierter, und der ganze Betrieb lasse sich besser ausnützen. Auch sei der Grunderwerb in größeren Komplexen relativ leichter und billiger durchzuführen als für kleinere.

Faßt man diese Ursachen zusammen, soweit sie für die Großstadt gelten, so hängen die wenigsten unter ihnen mit der Psychiatrie und dem Anstaltswesen direkt zusammen, sondern sind meist von örtlichen Verhältnissen bedingt und an sie gebunden. Die Verhältnisse der Großstädte liegen auch eigens und sie werden wahrscheinlich auch in gewisser Hinsicht immer eigene Wege einschlagen und gehen heißen. Diese besonderen Verhältnisse sollen uns deshalb auch heute nicht weiter beschäftigen. Auf dem flachen Lande liegen die Verhältnisse vielfach anders, die lokalen Großstadtgründe kommen in Wegfall. Von ihnen blieb nur die finanzielle Erwägung der billigeren großen Anstalt mit dem sinnverwirrenden Großbetriebe bestehen, die den Gedanken an große Anlagen schuf und wach erhielt. Dazu kam allerdings stellenweise der Umstand, daß manche Anstalten sich zu modernisieren trachteten und durch Anlage von Kolonien, Siechenpavillons und Offentür-Abteilungen dem Vergrößerungszuge entgegenkamen. Auch die Erweiterung der Irrenfürsorge am flachen Lande trug mit dazu bei, neben den sonst wachsenden Bedürfnissen das Bedürfnis nach Krankenbetten plötzlich mehr in die Höhe schnellen zu lassen. Aber auch diese Ursachen hätten nicht vermocht, die großen Anstalten am Lande zu kreieren, wenn nicht die eine Hauptursache im Hintergrunde gestanden wäre, das ist die Verbilligung des großen Betriebes. Will man also den ärztlichen Anschauungen wieder mehr Gehör verschaffen und die Anstaltsanlagen mehr von ärztlichem Gesichtspunkte aus sich entwickeln lassen, so ist es notwendig, vor allem ihre materielle Entstehungsursache auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen und zu untersuchen, ob es wahr ist, daß die Kosten für Bau und Betrieb mit dem Anwachsen der Anstalten zusammenhängen und die ärztlichen und administrativen Vorteile gleichfalls in der Art dafür sprechen, wie bisher angegeben wurde.

a) Der Anstaltsbau.

Die Kosten des Anstaltsbaues waren es vor allem anderen, die für die große Anlage zu sprechen schienen, und die Anschauung, daß mit der Größe der Anstalt die Kosten sich verbilligen, wird ziemlich allgemein geteilt. An der Erörterung über diese Frage nehmen nicht bloß Ärzte, sondern auch Architekten teil. Deiters*) sagt, daß die Geldfrage bei dem Baue der Anstalt die Hauptrolle spiele, und daß

*) Über Fortschritte des Anstaltswesens. Psych. Wochenschrift, 1902.

der Betrieb einer Anstalt von 1000 Betten billiger sei als einer solchen von 500. Schäffer*) hält es nicht für zweifelhaft, daß sich die Baukosten bei einer Anstalt von 12—1400 Kranken niedriger stellen als bei kleineren Anstalten. Moeli ist gleichfalls der Anschauung, daß große Anstalten billiger zu stehen kommen. Auch Fischer ist geneigt, zu glauben, daß aus nationalökonomischen Gründen eine größere Zentrale zu schaffen sei. Baurat Zimmermann**) berechnet, nach den Abrechnungsergebnissen der Provinzialirrenanstalt Aplerbeck, daß die Baukosten einer Anstalt für 1000 Betten um nicht ganz 900000 M. billiger zu stehen komme als zweier Anstalten zu 500. Es fehlte aber auch nicht an Zweiflern an dieser Anschauung. In erster Linie ist Alt dagegen aufgetreten und hat den Standpunkt vertreten, daß kleinere Anstalten nicht teurer zu stehen kommen müssen. Delbrück hält den Ausspruch, daß große Pavillons billiger sind, nur für eine billige Redensart. Der Vortragende selbst hat seinerzeit nachgewiesen, daß es nicht ausgemacht ist, daß große Pavillons wesentlich billiger zu stehen kommen als kleine, nach Berechnungen des n. ö. Bauamtes bei der Anlage der Anstalt von Mauer-Öhling. Man sieht also, daß die Anschauungen keineswegs völlig geklärt sind. Allgemein wird beklagt, daß so wenig einwandfreies Material zu gewinnen ist, trotz der zahlreichen Neubauten in den letzten Dezennien. Will man die Frage der Baukosten kritisch beleuchten, so ist es in erster Linie notwendig, diejenigen Dinge ins Auge zu fassen, welche auf die Baukosten überhaupt Einfluß nehmen. Woher stammen die Kosten des Anstaltsbaues? Die Baukosten einer Anstalt sind von einer Reihe von Faktoren abhängig. So zum Beispiel kommen in Betracht die Lage der Anstalt, die Objekte, ihre Größe und Zahl, besondere Anlagen für Eigenregie und Landwirtschaft, Preis der Baumaterialien, deren Zufuhr, Höhe der Arbeitslöhnungen, Zahl der Dienstwohnungen, Art und Ausdehnung der Zentralanlagen, besondere ärztliche Erfordernisse an Räumen und Anlagen und nicht zuletzt die technische Ausführung etc.

Es ist ohne weiteres einleuchtend, daß die Lage einer Anstalt bei den Kosten wohl berücksichtigt werden muß. In der Nähe einer Stadt wird weit teurer gebaut als auf dem flachen Lande. Es ist auch nicht gleichgültig, wie die Terrainverhältnisse sind, ob viel Erdarbeiten gemacht, ob Kanalisation, Verkehrswege, Zufuhrstraßen in größerem oder geringerem Maße angelegt werden müssen. Es ist kein Zweifel, daß der Pavillonstil heute als der am meisten befriedigende Stil für Irrenanstalten noch weiter bleiben wird. Man darf also mit gutem Rechte diesen Bautypus bei unseren Untersuchungen zur Grundlage annehmen. Was die Größe der einzelnen Krankenpavillons anlangt, so scheint nach meinen eigenen Untersuchungen derselben eine wesentliche Bedeutung der Baukosten nicht zuzukommen, vorausgesetzt, daß die Größe mit der Bettenanzahl im allgemeinen im Einklange steht und man eine größere Anstalt nicht in lauter kleinere Objekte zerlegen will. Im letzteren Falle würde Größe und Zahl der Krankenpavillons auch für die Baukosten eine Bedeutung gewinnen können. Mehr als die Zahl und Größe der Krankenpavillons werden die Bausumme diejenigen baulichen Einrichtungen vermehren, welche für weitgehendste Eigenregie Bedacht nehmen und eine größere Ökonomie mit Wirtschaftshof und dergleichen umfassen. Es ist auch nicht gleichgültig, in welcher Ausdehnung für Naturalwohnungen der Angestellten gesorgt ist. Einen wesentlichen Einfluß auf die Entstehungskosten nehmen die rein technischen Ausführungen und Aufwendungen. Diese können innerhalb erheblicher Grenzen variieren und den Bau verteuern oder verbilligen. Die Stärke der Mauern, Dimensionierung und Lage der Räume, Art der Bedachung, Ausdehnung der Unterkellerung, um nur einiges zu nennen, machen diese schon erklärlich. Bis zu welchem Preise die Baumaterialien, die Löhnungen den Bau beeinflussen können, mag daraus entnommen werden, daß nach Angaben der tatsächlich ausgelegten Kosten folgende Preisunterschiede vorgekommen sind: Es kosteten 1000 Ziegel 21 bis 50 Kr., der Lohn der Maurer schwankt von 2,80 bis 8 Kr., der Lohn eines Handlangers von 2,20 bis 6,40 Kr. Nimmt man schließlich noch Bedacht, ob die Anlage nur für eine Klasse, oder auch für I. und II. Klasse, für Pensionate sorgt, ob die Anlage ein- oder zweigeschossig ist, ob komplizierte Zentralanlagen für Beheizung und Beleuchtung bestehen, so läßt sich gar wohl begreifen, daß hinter solchen einflußreichen Faktoren die Bettenzahl keinen wesentlichen Einfluß auf die Gestehungskosten pro Bett auszuüben vermag. Man könnte höchstens sagen, daß unter den vielen Posten, die die Bausumme pro Bett modifizieren, eventuell auch die Bettenzahl mit ein Faktor sein könnte. Keineswegs ein besonderer, und ganz und gar nicht ein dominierender. Die folgende Tabelle einer Reihe von Anstalten, welche nach ihrer Bettenzahl rubriziert sind, wird diese Anschauung rechtfertigen.

*) Psych. Wochenschrift, Nr. 94, 1903.
**) Ebenda, Nr. 4, 1902.

bis 500	500 bis 1000	1000 bis 1500	1500 bis 2000	über 2000
3 757*)	2 100	5 343	4 914	12 000
5 290	4 530	8 229	8 605	6 000
4 500	4 450	8 000		
4 000	4 808	6 000		
	5 000	5 497		
	5 878	4 288		
	6 243	6 076		
	4 118	7 336		
	5 813	5 232		
	5 690			
	5 643			
	4 738			
	2 722			
	3 529			
	3 229			
	4 877			
	6 077			
	5 478			
	4 300			

*) Alle Preisangebote sind in österr. Kronenwährung gehalten.

Da zeigt sich nun, daß die Zahl der Betten an sich einen wesentlich bestimmenden Einfluß auf die Kosten eines Bettes nicht hat, es kommen in jeder Rubrik niedrige und relativ höhere Ziffern vor. Es darf also die Größe der Anstalt allein nicht als ausschlaggebend hingestellt werden für deren Baukosten, sondern es sind in erster Linie die Dinge zu nennen, die vorhin angeführt worden sind. Der einflußreichste Mann auf die Kosten einer Anstalt bleibt der Techniker und seine ökonomische und kaufmännische Begabung, dann kommen die lokalen Verhältnisse und schließlich die Materialien und deren ökonomische Verwendung. Die Architekten selbst verschließen sich nicht dieser Anschauung, wie aus einem jüngsten Artikel hervorgeht: „Die Kosten kleiner Krankenanstalten von Architekten Mohr und Weidner"*) In demselben sind die Kosten mehrerer Krankenanstalten nach ihrer tatsächlichen Ausführung zusammengestellt worden. Die Abrechnung hierüber zeigt folgende Tabelle:

Auch da ist wieder deutlich ersichtlich, daß die Größe einer Anstalt mit den Gestehungskosten in keinem direkten Zusammenhange steht. Und die Autoren bestätigen selbst, daß eine Reihe von technischen Maßregeln, wie mehr weniger gedrängte Raumordnung, innere Ausstattung, Verwendung der Dachgeschosse, Situation der Wirtschaftsräume u. dgl. auf die Gestehungskosten einer Krankenanstalt den wesentlichsten Einfluß ausüben. Wir müssen also mit der Anschauung völlig brechen, daß wir die Bettenzahl nur zu erhöhen brauchen, um die Baukosten pro Bett zu verringern. Wir dürfen vielmehr der begründeten Anschauung uns hingeben, daß man selbst kleinere Anstalten gerade so ökonomisch herstellen kann wie große, wenn die lokalen Verhältnisse danach angetan sind, wir müssen immer alle Umstände und Verhältnisse in Betracht ziehen, welche für den Bau einer Anstalt von Bedeutung sind, und wir dürfen niemals schlechtweg sagen, diese Größe ist teurer und diese kommt billiger. Man könnte einwenden, daß viele Posten von Haus aus unabänderlich sind, Lohn, Materialien, und man muß sich deshalb mehr an abänderliche halten. In dieser Hinsicht wäre zu antworten, daß kein Faktor ganz unabänderlich ist, und selbst die fixesten darunter, wie Löhne u. dgl. hängen vielfach von Geschick und fachmännischer Begabung des Bauleiters ab. Es sei hier ein Vorkommnis erwähnt, welches sich beim Baue der Anstalt Mauer-Öhling ereignete. Die Bauarbeiter verlangten höhere Löhne mit der Begründung, daß hier in der ländlichen Umgebung für die

*) Heft 1, Jahrg. 1913, Zeitschrift für Krankenanstalten.

Name bezw. Ort der Anstalt (Krankenhäuser)	Anzahl der Betten		Kosten der Anstalt (ohne Grunderwerb) beim ersten Bauabschnitte		Kosten pro Bett (ohne Grunderwerb, jedoch nach völligem Ausbau)	
	jetzt	später	für den Bau	für die innere Einrichtung	für den Bau	für die innere Einrichtung
Neutomischl (Posen)	36	54	156 850,—	24 150,—	3 926,—	704,—
Clausthal im Harz.	40	—	182 600,—	23 400,—	5 250,—	750,—
Kyritz (Ost-Priegnitz)	43	63	153 630,17	27 184,—	3 381,—	667,—
Nausen (Osthavelland)	53	100	272 282,79	49 300,—	4 150,—	900,—
Johannisburg (Ostpreußen). . . .	56	80	200 000,—	34 000,—	3 250,—	700,—
Reinickendorf.	200	400	1 620 000,—	320 000,—	5 850,—	1 125,—

Approvisionierung sehr schlecht gesorgt sei und Lohnerhöhungen notwendig sind. Die Tatsache war nicht in Abrede zu stellen. Um nun dennoch die Lohnerhöhungen nicht durchführen zu müssen, entschloß sich das Land, für die Bauarbeiter eine eigene Kantine aufzustellen und in eigener Regie zu führen. Dadurch entfielen nicht bloß die Erhöhung der Löhne, sondern es profitierten noch außerdem das Land und die Arbeiter.

Daß die Zahl der Krankenbetten in keiner Korrespondenz mit ihren Kosten stehen kann, erhellt auch aus folgender Tabelle. Zunächst eine Zusammenstellung mehrerer neuerer Anstalten hinsichtlich der Zahl der Krankenpavillons zu den anderen Objekten.

Nr.	Namen	Jahreszahl	Zahl der Betten	Objekte	Krankenpavillons	Kosten per Bett	Areale
	Bedburg. . .	1912	2 200	90	36	6 000	195
66	Steinhof. . .	1907	2 200	67	36	10- bis 12 000	100
69	Buch	1906	1 800	45	19	8 605	—
13	Konradstein .	1895	1 300	42	22	4 914	326
1	Alt-Scherbitz .	1876	1 225	61	36	2 001	30
32	Herzberge . .	1893	1 200	31	17	6 010	90
20	Eglfing . . .	1905	1 176	82	32	8 229	364
39	Lüben . . .	1905	1 150	46	13	4 268	145
61	Wiesloch . .	1905	1 100	61	29	7 336	98
18	Dösen . . .	1901	1 100	37	20	5 643	30
52	Süchteln . .	1905	1 040	55	26	6 076	136
65	Mauer-Öhling	1902	1 000	32	18	4 700	100
45	Neustadt i. H.	1893	936	68	10	3 529	110
22	Emmendingen	1889	925	54	18	4 981	66
50	Rufach . . .	1908	760	39	19	8 229	47
19	Dziekanka . .	1894	724	29	20	5 878	152
4	Ansbach. . .	1902	650	38	18	9 950	94
21	Ellen	1904	512	39	12	6 243	72
2	Andernach. .	1876	500	24	18	10 749	18
55	Triest. . . .	1911	420	33	19	4 000	16
12	Casvegno . .	1898	315	20	9	3 750	20

Nach dieser Tabelle zeigt sich, daß die Zahl aller Objekte einer Anstalt keine Gesetzmäßigkeit zeigt mit der Größe der Belagziffer. Es zeigt sich nicht einmal eine Abhängigkeit der Krankenpavillons zu allen Objekten, und auch die Kosten pro Bett lassen in gar keiner Weise irgendeine Beziehung in der Hinsicht erkennen. Diese Zusammenstellung hat umsomehr eine gewisse Bedeutung, als sie fast durchwegs moderne Anstalten und Anstalten der beiden letzten Dezennien enthält. Dasselbe Resultat liefert auch die folgende Tabelle, welche prozentuell die Kostenaufwendungen enthält für das Gelände, die Krankenpavillons, alle Zentraleinrichtungen und Wirtschaftsobjekte und die Beamtenwohnungen. Diese Tabelle ist zwar nicht umfangreich, aber schon hieraus läßt sich ersehen, daß zwar die Kosten der Gelände und der Beamtenwohnungen eine gewisse Regelmäßigkeit zeigen, daß aber die Kosten der Krankenpavillons und die Kosten der wirtschaftlichen und sonstigen Zentraleinrichtungen außerordentlich wechseln können, und mit der Bettenanzahl gar nichts zu tun haben.

Name der Anstalt	Kosten der Gelände %	Kosten der Krankenpavillons %	Zentraleinrichtungen und Wirtschaft %	Beamtenwohnungen %
Wiesloch . .	6	46	42	5
Aplerbeck . .	6,8	34	51	—
Süchteln . .	7	28,1	57	7,5
Konradstein .	6,5	48	45,5	5,3
Bedburg. . .	7,8	31	53,7	7,3
Dösen . . .	6,7	57	28	8
Buch	1,6	58,7	34	5,6
Eglfing . . .	10	35,5	44,8	9,1
Bohnitz . . .	7	47	40	6,5

Diese Tabelle ist übrigens auch sonst nicht uninteressant und sie würde zweifellos für den Architekten und für die Verwaltungsbehörden von nicht unerheblicher Bedeutung werden können. Wenn sich bei weiterer Verfolgung dieser prozentuellen Gegenüberstellung einzelner Bauquoten eine gewisse Gesetzmäßigkeit ergeben würde, dann wäre es möglich, an der Hand solcher Zahlen ein Schema etwa zu erhalten, an das man sich sowohl bei der Beurteilung einer Anlage im allgemeinen als auch bei der Präliminierung von Anstaltskosten halten könnte.

Abschließend dürften wir wohl an der Hand dieser Ausführungen uns dahin äußern, daß zur Zeit aus den amtlichen Rechnungsabschlüssen einer Reihe von Anstalten sich kein Beweis erbringen lasse, daß die Kosten pro Bett einer größeren Anstalt billiger zu stehen kommen als die einer mittleren. Ja wir können nicht einmal bestimmt sagen, daß sie selbst billiger zu stehen kommen als kleine Anlagen. Wir müssen also die Anschauung von der Baukostenverbilligung größerer Anstalten in das Reich der Gefühlsurteile verweisen, die an der Hand der bisherigen Erfahrungen der Griffel nicht zu rechtfertigen vermag. Man könnte wohl endlich noch einwerfen, daß sich zwar bei der Verschiedenheit der Anstaltsverhältnisse nicht nachweisen lasse, daß das Bett der großen Anstalt geringere Baukosten verursache, aber, daß unter sonst ganz gleichen Umständen dennoch die Größe einer Anstalt auch auf die Kosten pro Bett Einfluß nehmen konnte. Einen strikten Gegenbeweis für diesen Einwurf vermag ich allerdings aus der Praxis

nicht zu liefern. Aber diesen Beweis dürfte auch niemand anderer jemals beibringen können. Aber eines dürfen wir auch in dem Falle sagen, wenn er ihn erbringen würde, dann könnte im schlimmsten Falle bloß das Eine vielleicht gesagt werden, was bereits erwähnt worden ist, daß die Bettenanzahl vielleicht mit einen Teil der Verbilligung darstellen könnte, aber dieselbe könnte niemals alle anderen Einflüsse dominieren, ja nicht einmal bedeutender sein als viele andere. Ehe wir mit diesem Kapitel schließen, ist auch der neuesten Anstaltsanlage, der Zwillingsanstalt, noch besonders zu gedenken. Fischer ist der Anschauung, daß eine solche Anlage aus nationalökonomischen Gründen zu befürworten ist, da eine Reihe von ziemlich kostspieligen Objekten hier gemeinsam benützt werden könnte und daher die Kosten pro Krankenbett wesentlich billiger ausfallen als bei ganz getrennten Anstalten. Ich konnte leider über solche Anlagen keine Baukosten sammeln. Für Haar und Eglfing sind die Rechnungen noch nicht abgeschlossen, und die neue Anstalt in Baden ist erst beschlossen. Ich glaube aber auch, daß selbst durch eine derartige Verquickung eine wesentliche Erniedrigung der Baukosten pro Bett sich nicht ergeben dürfte. Fürs Erste muß ein Teil dieser gemeinsamen Anlagen bei gemeinsamer Benützung auch größer angelegt werden, z. B. Wasserleitung, Einrichtung für Beleuchtung, Beheizung, Friedhof u. dgl. Dann dürfte die erzielte Ersparnis keineswegs sehr beträchtlich werden und namentlich pro Bett kaum einen nennenswerten Ausschlag zeigen. Endlich ist es nicht überall notwendig, die in Frage kommenden gemeinsamen Einrichtungen überall auszuführen, weil ja mancherorts die öffentlichen Einrichtungen benützt werden können, wie Friedhof, Wasserleitung, Kanalisation u. dgl. Ich kann über diese neue Type ein abschließendes Urteil aber nicht geben, da muß eben noch gewartet werden, bis bestimmte Abrechnungen hierüber vorliegen. Wir schließen somit dieses Kapitel und wenden uns den Betriebskosten zu.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Serodiagnostik nach Abderhalden in der Psychiatrie.***) Unter diesem Titel veröffentlicht Dr. Wegener, Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik Jena (Direktor: Geheimer Rat Professor Dr. Binswanger) in der Münchener Medizinischen Wochenschrift vom 3. Juni 1913 seine Versuche an weit über 200 Fällen (abgesehen von den zahlreichen Kontrollversuchen). Professor Abderhalden hat ihn in seine Untersuchungsmethoden persönlich eingeführt.

Bei jugendlichem Irresein fand Verf. bei weiblichen Kranken, daß das Serum Ovarien und Tuben abbaute, nie Testikel; bei männlichen nur Testikelabbau. In einigen Fällen ergab sich auch ein Abbau von Schilddrüsensubstanz.

Bei manisch-depressivem Irresein fand er keinerlei Abbau von Organen. Der weitere Verlauf aller dieser Fälle hat die mit der Abderhaldenschen Reaktion gefundene Differentialdiagnose bestätigt.

Bei Epilepsie hat er nur einen Abbau von Hirnsubstanz gefunden und zwar nur bei bereits eingetretener Demenz; bei allen luetischen und metaluetischen Erkrankungen in sämtlichen Fällen Abbau von Gehirn, von anderen Organen keinen Abbau.

In einem Falle war die Abderhaldensche Reaktion auf Lues positiv, während die Wassermannsche negativ ausfiel und erst nach 8 Tagen positiv wurde.

In einigen Fällen von Neuritis baute das Blutserum dieser Kranken Muskelsubstanz ab, während andere Organe keine Reaktion gaben.

„Zu meiner Kontrolle wurden mir absichtlich Blutsera Gesunder mit irgend einer Diagnose zur Untersuchung gegeben. In allen diesen Fällen war die Reaktion mit allen Organen negativ. Es spricht dies für die Zuverlässigkeit der Methode. . . Meine bisherigen Untersuchungsresultate beweisen ebenfalls, daß die Abderhaldensche Serodiagnostik für die Psychiatrie von der größten Wichtigkeit ist und zu werden verspricht, und wir können von ihr noch manche bedeutsame Aufschlüsse für die Ätiologie, die Differentialdiagnose und späterhin auch für die Therapie erwarten."

*) Vergl. diese Wochenschrift XIV, Nr. 44 u. 48; XV, Nr. 9 u. 10.

Referate.

— Diepgen-Freiburg i. Br., Privatdozent Dr.: Traum und Traumdeutung als medizinisch-naturwissenschaftliches Problem im Mittelalter. Verlag Julius Springer, 1912. 43 S. 1,20 M.

Diepgen schildert in interessanten Weise, wie im Mittelalter Astrologie und Traumlehre innig zusammenhängen, und bespricht dann im 2. Teil die praktische Seite, nämlich die Auslegung der Träume. Diese Traumdiagnose wurde im Mittelalter besonders von den Arabern geübt, und einige Beispiele illustrieren derartige Ergebnisse; träumt man z. B. von Regen und Meeren, so weist das auf einen krankhaften Säfteüberschuß hin, und dergl. mehr. Daneben fanden die Träume aber auch Verwendung

zu Prophezeiungen, wofür ja das mystische Mittelalter ein besonders geeigneter Boden war. So bieten denn die Ausführungen Diepgens auch für den Arzt gar mancherlei des Interessanten und Lesenswerten.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Hirschlaff, Leo. Über Ruheübungen und Ruheübungsapparate. Zur Psychologie und Hygiene des Denkens. Verlag J. Springer, Berlin, 1911. 41 S.

Während Hirschlaff in dem 2. Vortrag mehr philosoph. Deduktionen anstellt, ist der 1. rein praktischen Interessen gewidmet.

Hirschlaff vertritt den Standpunkt, daß Ruhe methodisch zu erlernen ist, und dafür dienen ihm die Lektionen und die geistreich erfundenen Apparate.

Damit Geist und Körper beide völlig zur Ruhe und zum Ausruhen gelangen, dafür verlangt Hirschlaff u. a. Fernhalten gröberer Sinneseindrücke, willkürliche Verlangsamung der Atemzüge, Entspannung der Muskulatur, Unterdrücken der inneren Sprechbewegungen und des Schluckaktes. Hirschlaff hat bei mannigfachen funktionellen Nervenkrankheiten mit diesen methodisch fortgesetzten Ruheübungen Erfolge erzielt. Kürbitz-Sonnenstein.

— Näcke: Über Fieberphantasmen im Wachen. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie Bd. VIII, Heft 4.

Näcke gibt hier Fieberphantasmen wieder, die er an sich selber bei erhaltenem Bewußtsein beobachtet hat. Es war nicht, wie gewöhnlich, die akustische, sondern bloß die optische Sinnessphäre beteiligt; Verf. führt die Erscheinung selbst auf eine erhöhte Reizbarkeit zurück und möchte die Bilder als Illusionen angesprochen wissen, da sie Folge eines psychischen Aktes, wenn auch eines unterbewußten, gewesen seien. Kürbitz-Sonnenstein.

— Dornblüth, Dr. Otto: Die Schlaflosigkeit und ihre Behandlung. Verlag Veit & Comp., Leipzig, 1912. 92 S. 2,40 M.

Mit einer ausführlichen und klar geschriebenen Darstellung der Physiologie des Schlafes beginnt Verf. und fügt dann die Pathologie und Therapie der Schlaflosigkeit bei Kindern und bei Erwachsenen an. Das kleine Buch, das manchen guten, praktischen Wink enthält und mit manchem alten Volksglauben (z. B. abends kein Fleisch essen!) aufräumt, kann nur empfohlen werden.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Frank-Zürich, Nervenarzt Dr.: Über Angstneurosen und das Stottern. Verlag Art. Institut Orell Füsli, Zürich. 20 S. 0,50 M.

Auf Grund mehrerer Krankengeschichten vertritt Verf. den Standpunkt, daß ein Angstzustand meist auf eine Reihe von Schreckerlebnissen zurückzuführen ist. Die Entstehung des Stotterns findet dann durch Übertragung der Angst auf den Sprechmechanismus statt. Kürbitz-Sonnenstein.

— E. Villiger, Privatdozent, Dr. Basel: Gehirn und Rückenmarck. Leitfaden für das Studium der Morphologie und des Faserverlaufs. Leipzig, W. Engelmann, 1912. III. vermehrte Aufl. Mit 232 zum Teil farbigen Abbildungen. Preis geb. 10 M.

Daß dieses ganz vorzügliche Buch bald in neuer Auflage erscheinen würde, war vorauszusehen. Es gibt in der Tat kaum ein zweites, das sich besser zur Einführung in das Studium von Gehirn und Rückenmark eignet. Insbesondere der dritte Teil: „Faserverlauf durch den Hirnstamm nach Schnittserienpräparten“ (Seite 205—277) ist sehr gut ge-

lungen, die Abbildungen sehr instruktiv. Möge sich das Werk weiterhin als nützliches Hilfsmittel für Ärzte und Studierende entwickeln. Bresler.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Giessen.** Der Notiz in voriger Nummer über die Ernennung von Prof. Dannemann in Gießen zum Medizinalrat und Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Goddelau ist noch hinzuzufügen, daß der Genannte im Nebenamt wie bisher als psychiatrischer Hilfsarbeiter in der Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege des Ministeriums des Innern zu Darmstadt fungieren wird.

— **Landes-Heil- und Pflegeanstalt b. Giessen.** Walter Müller aus Schleusenau ist am 1. Juni 1913 als Medizinalpraktikant hier eingetreten.

— **Pommern.** Angestellt sind: bei der Provinzialheilanstalt zu Lauenburg i. Pom. der Assistenzarzt Dr. Frommer, bei der Provinzialheilanstalt zu Treptow a. R. der Assistenzarzt Dr. Kost.

Der Oberarzt Dr. Halbey bei der Provinzialheilanstalt bei Ückermünde ist infolge seiner Ernennung zum Kreisassistenzarzt in Kattowitz aus dem Provinzialdienste ausgeschieden.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 13. 28. Juni 1913/14.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Über die zweckmäßige Größe der Anstalten für Geisteskranke. Von Regierungsrat Dr. Josef Starlinger, Mauer-Oehling. Schluß. (S. 155) — Mitteilungen (S. 162): Westfalen. — Referate (S. 163). — Personalnachrichten (S. 165). — Therapeutisches (S. 165).

Über die zweckmässige Grösse der Anstalten für Geisteskranke.

Von Regierungsrat Dr. Josef *Starlinger*, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Oehling.

(Schluß.)

b) Betriebskosten.

Hinsichtlich derselben sind die literarischen Angaben dürftiger als über die Baukosten. Deiters sagt wohl, daß der Betrieb einer Anstalt von 1000 Betten billiger sei als einer solchen von 500. Alt glaubt nicht, daß der Betrieb bei größeren Anstalten vorteilhafter und billiger sei. Er sagt, daß es tatsächlich nicht erwiesen ist, und für ihn liege es nahe, darauf zurückzugreifen, daß die Verwaltungskosten später größer waren als zur Zeit der halben Größe der Anstalt. Er sagt, daß bei der jetzigen Größe der Anstalt und bei der mangelhaft durchführbaren Einheitlichkeit und Übersichtlichkeit vieles ungenügend ausgenützt werde, manches umkommt, was in einer kleineren Anstaltswirtschaft mit schärferer Kontrolle nicht verschwendet worden wäre. Man kann nicht mehr so kontrollieren, wo gespart und vorteilhafter gewirtschaftet werden könnte. Nach seinen Erfahrungen ist die Annahme durchaus unrichtig, daß eine für 1000 Kranke und darüber eingerichtete Anstalt sich im Betriebe pro Kopf und Tag billiger stellt als eine solche von etwa 600. Fischer wieder neigt der Annahme zu, daß eine größere Zentrale für Irrenfürsorge aus nationalökonomischen Gründen vorzuziehen ist.

Die Frage der Betriebskosten ist für unser Thema wohl das allerwichtigste. Was immer der Bau verschlingen mag, er bildet eine einmalige Ausgabe, über die mit der Zeit, wenn es anfänglich auch noch soviel Staub aufgewirbelt hat, Gras gewachsen sein wird. Ja wenn die Aufwendungen für den Bau eine größere Solidität und eine Vermehrung der Räumlichkeiten mit sich brachten und so bequemeres Arbeiten und geringere Reparaturen erforderten, so werden die seinerzeitigen Mehrkosten auch für den Betrieb sich angenehm geltend machen. Das Dauernde, die chronischen Beschwerden bilden und bleiben die Betriebsunkosten. Die Betriebsdefizite summieren sich nicht bloß ins Unendliche, sondern sie vermehren auch die Sorge und Arbeit. Im Anstaltswesen ist daher vor allem den Betriebsauslagen die höchste Aufmerksamkeit zuzuwenden und die Analyse dieser Auslagen bildet für jede Anstalt nicht bloß eine Notwendigkeit, sondern sie bildet die einzige Grundlage für einen wirtschaftlichen Fortschritt.

Wovon hängen nun die Betriebsauslagen ab? Ich habe zu dem Zwecke früher eine Untersuchung unternommen und auf Grund einer Rundfrage bei ca. 80 deutschen und österreichischen Irrenanstalten in einem Vortrage*) bei der Hauptversammlung des österreichischen psychiatrischen Verbandes Betriebskosten und Anstaltsgröße miteinander verglichen. Ich darf mich also bei diesem Kapitel trotz der besonderen Wichtigkeit wohl etwas kürzer fassen und auf den damaligen Vortrag verweisen. In Kürze will ich rekapitulieren: Die Betriebskosten einer Anstalt sind von vielerlei Umständen und Verhältnissen abhängig. Baukosten, Landkauf, erstmalige Einrichtungen haben auf die Höhe der Betriebskosten keinen wesentlichen

*) Psychiatr. neurologische Wochenschrift, XIV. Jahrgang, Nr. 33.

direkten Einfluß.*) Hingegen hängt die Höhe der Betriebskosten wesentlich ab von den Ausgaben für Lebensmittel, Löhnungen, Bauherstellungen und Beheizung. Diese vier Posten allein in allen Etats zusammengenommen sind doppelt so hoch als alle übrigen, und will man sparen, muß man sich vor allem an diese halten. In erster Linie also an die Küche, die allein mindestens 30 bis 40% des Etats zu verschlingen pflegt. Ich will nicht alle Daten, die ich damals bei meinem Vortrage gesammelt habe, wiederholen, sondern nur summarisch rekapitulieren, daß nach den tabellarischen Zusammenstellungen die Gesamtkosten pro Kopf und Tag bei Anstalten von 500 bis 1000 Betten die geringste Höhe aufwiesen, daß demgemäß auch die Verpflegstaxe der III. Klasse bei dieser Größe von Anstalten die geringste Ziffer ergeben hat. Daß die Tabelle der Hauptbudgetposten, d. i. für ärztliches und Verwaltungspersonal, Pfleger, Gebäudeerhaltung, Kost- und Brotbeistellung, ärztliche Erfordernisse, Kleider und Bettzeug, Wäsche, Hauseinrichtung, Beheizung und Beleuchtung, Reinigung der Wäsche und Lokalitäten, die Anstalten von 500 bis 1000 Betten am günstigsten erscheinen ließ und daß auch die Ausgaben für Kost und Brot pro Kopf und Tag die geringste Summe ausmachten. Auch bei denjenigen Betrieben, wo der Großbetrieb ganz besonders zum Ausdrucke kommen kann, wie bei der Beheizung und Beleuchtung, hat sich gezeigt, daß selbst die größten Anstalten relativ nicht billiger abschneiden als die mittleren. Auch beifolgende Gebarungs-Ergebnisse einer jüngsten Zusammenstellung von Kiesel**) bestätigen dies. Und schließlich wurden zwei Anstalten eines und desselben Landes mit weitgehendster Parallele im Betriebe und Organisation, von denen die eine kaum die Hälfte der Verpflegstage der großen hatte, in Vergleich gezogen, und es hat sich nach den amtlichen Rechnungsabschlüssen gezeigt, daß die Löhne für das ärztliche und Verwaltungspersonal, für das Pflegepersonal, für Amts- und Kanzleierfordernisse, für ärztliche Erfordernisse, für Reinigung der Wäsche und Lokalitäten, also Posten, wo lokale Einflüsse keine wesentliche Rolle spielen, bei der größeren zum Teil ebenso hoch, zum Teil aber beträchtlich höher ausgefallen sind.

Dieses Ergebnis meiner damaligen Untersuchung bezüglich der Betriebskosten spricht also fast in keinem Punkte dafür, daß die Größe einer Anstalt allein für die Verbilligung des Betriebes als ausschlaggebend anerkannt werden darf. Nichtsdestoweniger glaube ich dennoch auf einige Einwürfe auf diesem Gebiete besonders zurückkommen zu sollen, und einige Punkte, die ich seinerzeit nicht erwähnt habe, für das Verständnis dieser Schlußfolgerung noch weiter anschließen zu sollen. Ein bekannter Einwurf ist beispielsweise der, daß gesagt wird, die große Anstalt schneidet deshalb billiger ab, weil sie als Engrossistin bei Abschlüssen besser daran ist. Das ist allerdings richtig.

Gebarungs-Ergebnisse von 53 öffentlichen Krankenhäusern.

Allgemeines öffentliches Krankenhaus in	Anzahl der Betten	Auf einen Verpflegstag entfallen in Hellern				
		Verköstigung der Kranken	Medikamente, ärztl. Erfordernisse	Wäsche etc. Kleidung	Beheizung, Beleuchtung	Reinigung der Wäsche, Lokale
1. Rumburg . .	28	75,87	13,80	4,32	6,26	2,04
2. Codersam . .	33	77,29	17,39	10,27	11,35	2,93
3. Haida. . . .	70	75,86	13,57	8,58	21,61	—
4. Deutsch-Gabeb	89	06,28	11,—	4,77	6,74	1,11
5. Arnau . . .	100	65,22	7,83	3,12	14,63	2,79
6. Jicin	110	76,56	45,55	16,71	41,57	4,36
7. Trautenau . .	130	89,60	15,57	12,41	14,58	5,—
8. Nachod . .	150	62,19	23,50	8,37	5,99	4,11
9. Jungbunzlau .	223	75,27	28,72	15,80	40,87	11,85
10. Reichenberg .	350	68,91	38,53	3,92	24,32	1,97

Die Engros-Erstehungen kommen billiger. Aber das ist eine rein kaufmännische Gebarung, die mit der Größe der Anstalt an sich nichts zu tun hat. Was hindert eine Landesbehörde, für alle ihre Landesanstalten gemeinsame Offerten auszuschreiben? Damit ist der Vorteil des Engros-Einkaufes noch besser gewahrt, als wenn zwei Anstalten zum Zwillingsverbande aneinander gekoppelt werden. Es ist also auch da wieder nicht bloß die Größe der Anstalt an sich ausschlaggebend, sondern die landesübliche Art, mit der die administrativen Geschäfte in den Anstalten betrieben werden. Daß einzelne technische Betriebe, wie Beheizung, Beleuchtung und verschiedene professionelle Hantierungen, weil sie in großen Anstalten mehr großzügig gehalten und deshalb rationeller geführt werden können als in kleineren, viel besser reussieren, konnte ich schon vorhin ziffermäßig als unrichtig erweisen. Ich will aber noch einige andere Punkte anführen, welche es erklärlich machen, warum die Betriebskosten in großen Anstalten nicht wesent-

*) Vgl. Zeidler, 100 Krankenanstalten und Heilstätten im Lichte vergleichender Finanzstatistik. Zeitschr. für Krankenanstalten, Nr. 20, 1911.

**) Zeitschrift für Kranken- und Humanitätsanstalten. 3. Jahrgang Nr. 4.

lich sich verbilligen. Schon Alt hat auf einen Punkt hingewiesen, er sagt, daß entsprechend der Größe der Anstalt auch die Beamtenstellen vermehrt werden mußten. Dasselbe bestätigt auch meine Untersuchung bezüglich der Ausgaben der zwei verglichenen Anstalten für das ärztliche und Verwaltungspersonal. Wie kommt das? Ein großer Verwaltungskörper braucht nicht bloß Zwischenstellen, sondern auch Adjunkten für die Zentralposten, die in kleineren Verwaltungskörpern nicht nötig sind. So mußte beispielsweise in einer großen Anstalt dem Direktor zur Besorgung der vielen administrativen Agenden ein eigener ärztlicher Sekretär zugeteilt werden, der selbstverständlich nicht aus dem jüngsten Jahrgange der Ärzte entnommen werden konnte, sondern aus den Oberärzten, weil er ja eine größere Erfahrung notwendig brauchte. So wurde weiter in einer sehr großen Anstalt ein eigenes Evidenzbüro geschaffen, zur Vermittlung von Auskünften in dem großen Institute, Angelegenheiten, die in kleineren Anstalten meist vom Portier im Nebenamte besorgt werden. Die größeren Arbeiterkörper bei der Gärtnerei, bei den professionellen Betrieben erfordern Obergärtner, Ober-Elektriker, Obermaschinisten etc. Daß dieses „Ober" nicht bloß ein Titel ist, sondern auch honoriert werden muß, ist selbstverständlich. Die zahlreichen Telefonstellen in einer großen Anstalt brauchen eine eigene Telefonzentrale nicht bloß, sondern auch eigene Bedienung. In kleineren Anstalten wird auch das meist vom Portier nebenbei besorgt. In einer großen Anstalt mußte für das Putzen der zahlreichen Fenster der Kanzleien, der Stiegenhäuser usw. eine Summe von mehr als 6000 Kronen im Präliminare ausgesetzt werden, weil das Putzen dieser Fenster eigens einer Unternehmung übergeben werden mußte und nicht von den Angestellten selbst mehr besorgt werden konnte. Die Apotheke wird in kleineren Anstalten meist von einem Arzte nebenbei geführt. Die große Anstalt hatte nicht bloß eine eigene Apotheke notwendig, sondern auch ein eigenes Apothekerpersonal. Die Verteilung der Speisen geschieht meist ohne besondere Auslagen. In einer sehr großen Anstalt mußte ein eigenes Geleise mit elektrischem Betriebe und Personal eingestellt werden, um die Speisen, Materialien, Wäsche bei der großen Ausdehnung der Anstalt entsprechend zu besorgen, was mehr als 20 000 Kronen ausmachte. Bei allen Betrieben kommt punkto Wirtschaftlichkeit weiters der restlosen Ausnützung der Kräfte und Materialien eine große Bedeutung zu. Je größer der Krankenstand wird, je größer die einzelnen Verköstigungskategorien werden, desto weniger gelingt es zum Beispiel, kleinere Reste der Eigenregie, wie Gemüse oder Fleisch, wirksam zu verwerten. Und je größer der Stand der Bediensteten wird, desto weniger leicht gelingt es, eine solche Organisation zu schaffen, daß keiner dem anderen im Wege steht, und daß alle ihre Arbeitskraft lückenlos ausüben. Das sind nur einige Hinweise, für den Eingeweihten gibt es noch viele andere, die es verständlich erscheinen lassen, wenn der Betrieb größerer Anstalten im allgemeinen sich nicht wesentlich verbilligt; was auf einer Seite anscheinend gespart wird, geht eben auf der anderen Seite oft wieder verloren. Mag man theoretisch den großen Betrieb noch so sehr für rentabel halten, für Krankenanstalten liegen eben die Dinge doch anders, wie die Erfahrung lehrt, und experientia docet.

c) Ärztliche Agenden.

Wesentlich anders als für Betriebs- und Baukosten gestaltet sich der Einfluß der großen Anstalten für die ärztlichen Agenden. Hier ist ein solcher unverkennbar, und die meisten Autoren, die sich in letzter Zeit mit dem Gegenstande beschäftigt haben, befassen sich mit dieser Seite. Wenn in früheren Zeiten die Größe der Anstalten zum Gegenstande einer Untersuchung gemacht wurde, so war es gewissermaßen ein rein ärztliches Interesse, um die Verhältnisse zu ergründen, welche Größe der Anstalten für die Behandlung der Kranken am zuträglichsten wäre. Mit dem Anwachsen der Anstalten hingegen hat sich diese Ursache wesentlich verschoben und die Erörterung der großen Anstalten ist eine reine Abwehrmaßregel geworden. Allerdings fehlt es auch an vereinzelten Stimmen nicht, welche auch in ärztlicher Hinsicht den großen Anstalten manche Vorteile abzugewinnen trachten; dieselben habe ich schon früher erwähnt und ich werde am Schlusse dieses Kapitels mich noch eingehender mit den Einzelnen befassen. Weitaus zahlreicher sind hingegen die Nachteile, die von den Autoren hervorgehoben werden, namentlich hat Alt als einer der ersten wieder sich mit einer Reihe von Anklagen gegen die großen Anstalten gewendet. Sein Standpunkt bezüglich Bau- und Betriebskosten wurde schon früher erwähnt. Er sagt bezüglich der ärztlichen Agenden, daß die Unübersichtlichkeit und Schwerfälligkeit des ärztlichen Dienstes proportional zunimmt mit dem Anwachsen der Anstalten. Man stellt erfahrene Direktoren an, und die Unterstellen werden entscheidend. Die Einheitlichkeit leidet, die Behandlung der Kranken kommt zu kurz. In großen Anstalten trifft man bei dem raschen Anstieg oft unfertige Verhältnisse und deshalb sind dieselben oft

weniger behaglich, der Kranke ist geschädigt, weil ihm die Persönlichkeit des Direktors zu weit entrückt ist. Werner befürchtet, daß der Direktor in großen Anstalten reiner Verwaltungsbeamter wird und die Kranken gar nicht mehr kennt. Der Direktor soll vertraulich kontrollieren, soll Auskünfte erteilen können und bestimmend einwirken. Das alles ist nicht mehr möglich aus ungenügender Detailkenntnis. Deiters beklagt, daß die Familiarität in den großen Anstalten sich weit mehr verliert, in demselben Sinne ergehen sich auch noch viele andere Kollegen. Es wurde direkt der Satz aufgestellt, daß jede Anstalt, je größer sie ist, umso minderwertiger wird in psychiatrischer Hinsicht. Je größer die Anstalt wird, desto mehr wird das Sprichwort: „Ein Haus ein Kopf" zum Unding. Die Einheitlichkeit muß leiden und der einheitliche Geist geht verloren, der die ganze Anstalt bis zum letzten Pfleger und Diener durchdringen soll. Bei dem psycho-therapeutischen Einflusse des Pflegepersonals auf die Kranken muß jede Möglichkeit einer mehrsinnigen Ausbildung ausgeschlossen sein. In großen Anstalten und ohne einheitliche Durchführung der ärztlichen Agenden bilden sich leichter Parteiungen und Kliquen, die Ruhe und Frieden des Anstaltslebens gefährden und stören. Je größer die Anstalt wird, desto weniger leicht sind gemeinsame Konferenzen täglich möglich, und desto weniger leicht ist es, einheitliche Tendenzen lebendig zu erhalten. Der Verkehr der Anstaltsärzte mit dem Direktor, der bei jeder Gelegenheit den Zusammenhang zu erhalten bemüht sein muß, wird seltener, der Einfluß auf die neu eintretenden Ärzte wird naturgemäß geringer und die Kontinuität bewährter Anstaltseinrichtungen wird umso leichter gestört und gelockert. Große Anstalten verlangen naturgemäß auch eine größere Dezentralisierung. Dort, wo es sich um rein ärztliche Behandlung anlangt, sei es in psychiatrischer oder in somatischer Hinsicht, dürfte eine solche anstandslos zu gewähren sein, und das Gefühl der Selbständigkeit die Unterstellen mehr befriedigen. Es besteht aber auch die Gefahr, daß auch bei rein administrativen Fragen und Erörterungen Differenzen einreißen, die dem Geiste des Hauses nicht zum Vorteile gereichen. Ganz besonders wichtig ist in jedem Institut, und namentlich in einer Anstalt, auch die kontinuierliche Kontrolle. Ein lebender Organismus, der stets auf dem qui vive erhalten werden muß, wie in einer Heil- und Pflegeanstalt, darf der fortwährenden Kontrolle niemals entbehren. Wer soll das prompter und verläßlicher machen können als der ärztliche Leiter? Aber nur in kleineren und mittleren Anstalten läßt sich eine solche Kontrolle ausgiebig gestalten, werden Lücken sofort entdeckbar sein und Auswüchse und Extratouren frühzeitig auffallen. Eine solche Kontrolle verlangt aber eine Reihe von Detailkenntnissen, die dem Direktor einer großen Anstalt zu gewinnen nicht mehr möglich ist. Selbst die wichtigsten Personalkenntnisse können in großen Anstalten nicht mehr in der Person des Direktors vereinigt werden, und es ist vorgekommen, daß in sehr großen Anstalten der Direktor nicht einmal seine Ärzte mehr ordentlich kennt. Wie soll er da die anderen Personalverhältnisse im Gedächtnisse behalten und verwaltend und dirigierend eingreifen? Der Direktor einer großen Anstalt wird eine völlige Unterschriftenmaschine, und selbst das wird ihm manchmal nicht mehr möglich, so daß ihm ein Assistent zur Seite gestellt werden muß. Zu solchen Auswüchsen führt die große Anstalt.

Es wird behauptet, daß die Mittel einer größeren Anstalt reichhaltiger sind, aber sie werden auch reichhaltiger in Anspruch genommen. Das betrifft nicht allein die normalmäßige Ausgabe, sondern kommt insbesonders auch in Betracht bei Gewährung von kleinen Gratifikationen und Annehmlichkeiten. Kleine Zulagen, kleine Aufmerksamkeiten sind bei diversen Gelegenheiten nicht bloß eine dankbare Aufmerksamkeit und werden ebenso empfunden. In kleinen Anstalten mit 6- bis 800 Kranken sind solche Versuche nicht schwerwiegend. Aber wenn die Anstalt schon mehr als tausend und darüber umfaßt, summieren sich auch kleine Ausgaben schon zu ansehnlichen Summen und man entschließt sich weit seltener, davon Gebrauch zu machen. Man sagt, bei reichlichen Mitteln im allgemeinen kann auch für die wissenschaftliche Betätigung weiter gesorgt werden. Ich kann nicht bestätigen, daß in großen Anstalten von großen Mitteln auch größerer Gebrauch gemacht wird. Es ist bis jetzt auch nicht sehr häufig vorgekommen, daß aus größeren Anstalten größere wissenschaftliche Arbeiten hervorgegangen sind als aus kleineren. Es verhält sich so ähnlich wie bei den Universitäten, auch da gehen nicht immer die größten Arbeiten aus den großen Universitäten hervor. Die moderne Anstalt verlangt eine größere Vielseitigkeit, auch eine größere Tätigkeit als ehedem in den geschlossenen Anstalten. Und je größer die Anstalt wird, desto größer wird die Abteilung und desto strapaziöser wird der Dienst, und wenigen ist die Spannkraft verliehen, nach den Tagesagenden noch Abendstunden länger über dem Mikroskop zu sitzen oder sonstige wissenschaftliche Arbeiten zu verrichten. Man rühmt den großen Anstalten weiter nach, daß sich bei der

größeren Anzahl von Ärzten leichter mehr Spezialitäten ausbilden lassen, das bietet sicherlich einen Vorteil, namentlich für Anstalten in der Provinz, wo nicht gleich Spezialisten zu haben sind. Aber eine gewisse spezialistische Ausbildung, nämlich so weit dieselbe besonders nötig ist, läßt sich auch schon mit einer kleineren Ärzteanzahl erreichen. Überhaupt kann jede Anstalt ebensoviele Spezialisten haben, als sie Ärzte hat.

In der n. ö. Heilanstalt Mauer-Öhling, wo derzeit 9 Ärzte tätig sind, sind die nachfolgenden Spezialgebiete vertreten: 1 Prosektor, 2 Chirurgen, 1 Gynäkologe, 1 Okulist, 1 Zahnarzt, 1 Otiatriker und Rhinologe, 1 Röntgenologe, und 1 Bakteriologe.

Daß ein größerer Ärztestand ein anregenderes Anstaltsleben bedingt, muß nicht immer der Fall sein, und es kommt da mehr auf die Persönlichkeiten, als auf deren Zahl an. Es wird ferner gesagt, und das betrifft wohl einen beachtenswerten, ich möchte wohl sagen den beachtenswertesten Einwurf, daß in großen Anstalten die Arbeitstherapie sich abwechslungsreicher gestalten und auch konstanter durchführen läßt. Dieser Einwurf ist deshalb ernst zu nehmen, weil die Arbeitstherapie tatsächlich Abwechslung verlangt, wenn sie florieren soll und auch die Möglichkeit bieten muß, daß von ihr auch eine gewisse konstante Arbeitsleistung übernommen werden kann. Nach meinen Erfahrungen sind außer der Größe der Anstalt hierzu noch zwei Dinge besonders notwendig. In erster Linie gehört hierzu die Zentralisierung, damit die Arbeit prompt und gleichmäßig geschehe. Das kann nur der Direktor bei seiner Generalübersicht, er weiß was jederzeit notwendig ist und geschehen muß und nur er kann verläßlich und rasch disponieren, wenn es sich um Besetzung dieser Arbeiten handelt. Hierzu gehören aber unerläßlich, detailliertere Kenntnisse von Kranken, ihren Eigenschaften und Fähigkeiten, was wieder nur möglich ist, wenn die Anstalt nicht zu groß ist und der Direktor sich noch den genügenden Überblick zum Individualisieren verschaffen kann. Eine lebhafte Arbeitstherapie bedingt zweitens eine intensive ärztliche Rührigkeit auf diesem Gebiete, an der alle Ärzte in gleicher Weise Anteil nehmen. Überzeugte Mitwirkung Aller und zentrale Leitung durch den Direktor sind die Grundstützen einer gedeihlichen Arbeitstherapie, zu der allerdings drittens noch eine gewisse Anstaltsgröße notwendig ist, um die Kontinuität und eine genügende Zahl von Beschäftigungen zu gewährleisten und einen kleinen Stock von Arbeitern zu erhalten, an dem sich neu hinzugekommene jederzeit angliedern lassen Auch um Willen der Arbeitstherapie, dieses vorzüglichsten Faktors der modernen Irrenpflege, kann daher die allzu große Anstalt keine zweckmäßige Anstalt sein und bleiben.

Die täglichen gemeinsamen Konferenzen des Direktors mit allen Ärzten sind eine der vorzüglichsten Einrichtungen des modernen Anstaltsregimes, die unter allen Umständen gewahrt bleiben soll. In derselben wird sowohl der Direktor leicht im Laufenden erhalten, und auch jeder andere Arzt über die ganze Anstalt immer im wesentlichen imformiert sein. In großen Anstalten ist das wieder nicht möglich, und es werden dort meistenteils nur anläßlich besonderer Fragen gemeinsame Konferenzen abgehalten. Nolens volens wird da der Direktor mehr auf das administrative Gebiet verwiesen und manchen ärztlichen Dingen entfremdet, sein ärztlicher, psychiatrischer Einfluß wird geringer und es werden in ärztlichen Dingen häufig die Unterstellen entscheidend, anderenfalls gehen viele Erfahrungen des älteren Direktors den jüngeren Ärzten verloren, da die Gelegenheit fehlt, ihnen dieselben darzubieten.

Große Anstalten bilden endlich auch eine schwere Standesfessel, die das ärztliche Streben und die Berufsfreudigkeit stark schädigen. Es liegt in der Natur der Dinge, und wiederholte Bewegungen im ärztlichen Stande haben das auch gezeigt, daß ein Streben zur Selbständigkeit überall mehr hervortritt. Aber gerade große Anstalten sind der größte Hemmschuh dafür. Eines der größten Anspornmittnl in der Betätigung eines Anstaltsarztes bildet auch die Aussicht, selbst einmal Leiter einer Anstalt zu werden. Wenn aber in einer Anstalt gleich ein Viertel Hundert Ärzte beschäftigt sind, so wird das Vorrücken an die oberste Setlle nur einem geringen Prozente mehr gelingen. Die Berufsfreudigkeit bildet aber für den Psychiater eine so notwendige Eigenschaft, um sein schweres Amt mit ungetrübter Lust und Ausdauer zu versehen und dem Gifte der Stumpfheit und Gleichgiltigkeit zu begegnen, daß man auch schon deshalb in den großen Anstalten eine direkte Standesgefahr erblicken darf. Wenn man bei kleinereren Anstalten verbleibt mit zwei Abteilungen, eine für die Männer und eine für die Frauen, so wird sich auch für das Vorwärtskommen der Ärzte eine bessere und aussichtsreichere Form bieten lassen, als in großen Anstalten.

Wohin wir also blicken, für die ärztlichen Agenden bieten die großen Anstalten wenig Lichtblicke und diese sind außerordentlich zweifelhafter Natur, dafür aber erzeugen sie eine solche Reihe von Nachteilen der schwerwiegendsten Art, daß wir mit Recht in dem Anwachsen der größeren Anstalten eine Gefahr für das moderne Anstaltswesen sehen. Das mo-

derne Anstaltswesen muß in der Sozialisierung und Familiarisierung seine Zukunft erblicken, die Individualisierung weitgehendst gestalten und die Heil- und Pflegeanstalten allmählich dem psychiatrischen Krankenhause zuführen.

Die große Anstalt liebt den Tenor des Fabriksbetriebes, nimmt in erster Linie Rücksicht auf den Massenbetrieb, bleibt immer und unter allen Umständen ein Gegner des Individualismus und macht alle ärztlichen Interessen der Administration untertänig. Es ist begreiflich, daß bei solchen Differenzen des ärztlichen Strebens und der ärztlichen Erfahrung einerseits und den bestehenden Verwaltungstendenzen andererseits gerade diese Seite den Angriff gegen das Anwachsen der Anstalt provozierte, und die meisten Autoren, welche sich mit unserer Frage beschäftigt haben, beschäftigen sich mit diesen Schattenseiten der heutigen großen Anstalten. Für denjenigen, der in solchen Anstalten dient, ist dieses Kapitel auch bisher nicht vollständig erschöpft, aber schon das Angeführte wird auch für den weniger Eingeweihten überzeugend genug wirken, daß derartige Verhältnisse mit den Zielen und Bestrebungen des modernen Anstaltslebens niemals in Einklang stehen und niemals in Einklang gebracht werden können und gebieterisch Einhalt verlangen.

d) Verwaltungsagenden.

Auch im reinen Verwaltungsbetriebe haben die großen Anstalten nicht befriedigt, und die Agenden haben sich daselbst keineswegs vorteilhafter gestaltet. Auch da wird die Schwerfälligkeit und die Unübersichtlichkeit des Apparates unangenehm empfunden, und was Alt schon in der Hinsicht geäußert hat, kann ich aus eigener Erfahrung vollständig bestätigen. Das rasche und unvermittelte Arbeiten, wie es in einer kleinen Anstalt üblich ist, wo durch den nahen Kontakt meist kurzerhand alles mündlich besorgt wird, ist in großen Betrieben undurchführbar. Dort, wo zahlreiche Kräfte tätig sind und zu einem Ganzen zusammengefaßt werden müssen, muß die Amtstätigkeit sich nolens volens bürokratisch gestalten und sich mit einem gewissen Instanzenzuge vergesellschaften. Wünsche und Beschwerden der Kranken und der einzelnen Abteilungen brauchen einen langen Weg, müssen von dem Abteilungsvorstande weiter an den Direktor geleitet werden, der gibt die Aufträge an den Verwalter ab, von dem sie erst wieder dem Ressortbeamten übermittelt werden, der erst dem zuständigen Professionisten den Auftrag zur Ausführung übergeben kann.

Ist eine Auskunft zu geben oder wird schriftlich eine Anfrage gestellt, die von einer Stelle nicht direkt beantwortet werden kann, so muß in der Regel der gleiche Vorgang eingehalten werden. Bei diesem Wege ist der Aktenlauf durch Zustellungsbücher zu sichern, was neuerlich Erschwerungen erzeugt. In kleineren Anstalten ist das alles weit einfacher. Auch Neuerungen sind in kleineren Betrieben leichter zur Durchführung zu bringen und leben sich weit leichter ein als in größeren Körperschaften.

Was endlich die Kontrolle anbelangt, so gilt in rein administrativer Hinsicht von ihr dasselbe, was schon von den ärztlichen Agenden gesagt wurde. Mit der Größe der Anstalt wächst naturgemäß auch die Ausdehnung des Anstaltsgebietes; die größeren Distanzen erschweren von selbst alle Agenden trotz Telephon und moderner Verkehrsmittel. In einer großen Anstalt mußte für die leitenden Personen ein eigener Wagen unterhalten werden, damit sie die genügende Kontrolle durchzuführen imstande seien, es wäre ihnen bei der Ausdehnung der Anlage nicht möglich gewesen, diese per pedes zu absolvieren. Durch die große Ausdehnung wird eine Reihe von Agenden besonders erschwert, ich zähle hierher nur die Austeilung der Materialien, die Verabfolgung der Kost, die Ablieferung der Wäsche, die Herstellung von kleinen Reparaturen. In kleineren Anstalten können Wäscheabgabe, Materialienaustausch, nach Gestalt der häuslichen Arbeiten auf den Krankenpavillons sich richten und bewerkstelligt werden, anders in großen Anstalten, wo durch eigene elektrische Trains diese Angelegenheiten besorgt werden müssen. Hier wird nicht allein doppelte und dreifache Zeit oft damit vertrödelt, sondern es wird auch durch Wartezeiten unnütz mehr Zeit vergeudet. Und so gibt es in einer großen Anstalt eine Menge Züge internster Art, welche dem Fernerstehenden oder dem großen Publikum schwer gegenwärtig gemacht werden können, die Administration und Verwaltung in großen Anstalten stark erschweren und die keinem Funktionär verborgen bleiben, der einmal in großen Anstalten länger gedient hat.

Die Vorteile hingegen, die theoretisch einer groß angelegten Verwaltung zugeschrieben werden, sind in praxi kaum auffindbar, so daß selbst einer der hervorragendsten Verwaltungsfachmänner wie Zeidler für die großen Krankenanstalten keine nennenswerten Vorteile namhaft machen konnte.

Fassen wir also das Gesagte zusammen, so können wir sagen, daß die ärztlichen und administrativen Agenden in großen Anstalten nichts weniger als gefördert werden, daß die moderne Krankenbehandlung

wesentlich beeinträchtigt wenn nicht gar gefährdet erscheint und daß insbesondere auch der Bau und Betrieb der Anstalten nicht ohne weiters nur von der Größe der Anstalt und ihrer Bettenanzahl abhängig gemacht werden kann. Wenn wir also bei der Errichtung von Anstalten von der materiellen Fessel uns ziemlich unabhängig wissen, dann können wir wesentlich freier dem Hauptzwecke der Heil- und Pflegeanstalten gerecht werden, der darin besteht, daß vor allem die Kranken und ihre Behandlung auf ihre Rechnung kommen müssen. Demnach dürfen wir als zweckmäßige Größe einer Anstalt die ansehen, die 1. die einheitliche Leitung erlaubt, 2. die ärztlichen wesentlichen Aufgaben in Behandlung und Pflege der Geisteskranken garantiert, und 3. zugleich auch ein gewisses Optimum im Betriebe gewährleistet.

Die Notwendigkeit einer einheitlichen Leitung dürfte in Fachkreisen wohl kaum einem Widerspruche begegnen. Aber auch jedem Laien muß klar sein, daß das Sprichwort „Ein Haus, ein Kopf" für jedes Hauswesen eine Grundbedingung darstellt, um wievielmehr ist diese Forderung unerläßlich für ein Hauswesen von der Größe einer heutigen Heil- und Pflegeanstalt. Eine wirkliche Leitung kann nur da vorhanden sein, wo die genügende Vertrautheit mit dem Gegenstande herrscht. Wo das nicht der Fall ist, kann von einer solchen keine Rede sein, da wird der Leitende gar leicht zum Geleiteten. Dem Leiter einer Anstalt obliegen administrative und ärztliche Aufgaben. Der Umfang seiner administrativen Agenden kommt weniger in Betracht und wird weit überwogen von den Aufgaben, die die ärztliche Leitung erfordert. Die ärztliche Leitung erfordert, daß der Leiter individualisieren könne, um in jedem Falle die Anschauung der Unterstellen entweder zu bestätigen oder nach Umständen auch ändern zu können. In dieser Hinsicht kommt es zumeist auf den Wechsel des Krankenmaterials an, denn nur den Kranken und seine Verhältnisse kann man im Gedächtnisse behalten, den man selbst auch zum Teile aufnehmen konnte. Und daher dürfte eine Anstalt, deren Aufnahme mehr als 400 beträgt, kaum mehr zu denjenigen Anstalten zählen, welche e i n Direktor in unserem Sinne bewältigen kann. Die Zahl der Kranken, die in der Anstalt verpflegt werden, kommt wohl erst in zweiter Linie in Betracht, und hier muß es dem Direktor möglich sein, wenn er sich aus eigener Anschauung halbwegs im Laufenden erhalten will, mit gewisser Regelmäßigkeit die Visiten zu führen, und so mit den Kranken im Kontakte zu bleiben. In dem Falle muß es dem Direktor möglich sein, wöchentlich wenigstens zweimal eine Abteilung zu besuchen. Und da eine Abteilung mehr als 400 Kranke erfahrungsgemäß nicht besitzen soll, um den Ärzten ihre Aufgabe zu sichern, genügend individualisieren zu können, und nicht nur die dringenden ärztlichen Agenden zu bewältigen, sondern auch noch Irrenpflege in ausgedehntester Weise zu inaugurieren, so kann eine Anstalt höchstens drei Abteilungen fassen, damit der Direktor imstande ist jede Abteilung wöchentlich 1—2 mal zu besuchen. Die Regel werden aber zwei Abteilungen bilden, und die dritte Abteilung wird sich aus Kolonien und Familienpflege, Lazarett, Wirtschaftshof, Werkstätten etc. zusammensetzen. Ich halte demnach dafür, daß ein ärztlicher Leiter an Arbeitskraft zu einer wirklichen Leitung nur soviel aufzubringen vermag, wie es etwa eine Anstalt um 800 bis 1000 Betten erfordert, bei der der Wechsel des Krankenmaterials im Durchschnitte 30 bis 40% des Standes nicht wesentlich überschreiten soll. Diese Größe erlaubt die einheitliche Leitung und wird insbesonders auch noch durch eine der wesentlichsten ärztlichen Aufgaben, d. i. die A r b e i t s - t h e r a p e, mitbestimmt; in letzter Hinsicht ist namentlich hervorzuheben, daß sie sich mit d e r Größe leicht konstant erhalten läßt, was für wesentlich kleinere Anstalten nur schwer möglich ist, und bei größeren Anstalten wegen der mangelhaften Übersichtlichkeit sich erfahrungsgemäß nicht mehr gedeihlich machen läßt. Nachdem nun die Berechnungen über die Betriebskosten gleichfalls bei dieser Grenze ein gewisses Optimum nicht verkennen lassen, so glaube ich mit vollem Rechte diese Größe als die zweckmäßige Größe für Irrenanstalten hinstellen zu dürfen. Es ist das jene Zahl, die mehr weniger unbewußt uns schon immer als wünschenswert gegolten hat, und wir können nun mit voller Überzeugung auch für diese Ziffer uns einsetzen. Anzufügen wäre vielleicht noch in organisatorischer Hinsicht, daß der ärztliche Leiter einer solchen Anstalt von allen den Dingen befreit bleiben soll, welche für seine ärztliche Wirksamkeit und einheitliche Leitung nicht förderlich sind. Hierher gehören beispielsweise das Verrechnungs- und Kassawesen und die Besorgung der Materialien für Regie, Küche, Wirtschaft, also fast ausschließlich administrative Verwaltungsagenden. Diese Dinge können einem beamteten Funktionär ohne Schaden für das Krankenhaus abgetreten werden, aber dem Direktor muß die oberste Aufsicht gewahrt bleiben und die Befugnis instruktionsgemäß zustehen, daß seine Weisungen auch in diesen Dingen jederzeit zu befolgen sind.

Unter diesen Voraussetzungen darf man, glaube ich, nach dem heutigen Stande der Erfahrungen

sagen: Die großen Anstalten, die Anstalten über 1000 Betten in ihrer Anlage, haben sich nicht bewährt, und es kann kaum ein Punkt gefunden werden, der schwerwiegend genug wäre, diese Anstaltstype zu verteidigen und zu halten. Ganz und gar zu verwerfen sind natürlich die sogenannten „Mammut-Anstalten", wie sie sich an einzelnen Orten entwickelt haben. Von letzteren darf man wohl behaupten, daß sie in jeder Hinsicht die Erwartungen getäuscht haben, daß sie namentlich keine Verbilligung der Irrenpflege gebracht haben, und daß ihre weitere Verfolgung eher eine Verschwendung der öffentlichen Mittel beinhalte, sicher aber eine Entartung des Anstaltswesens darstelle.

Im Anschlusse daran mag auch noch der neuesten Anstaltstype gedacht werden, der sogenannten Doppel- oder Zwillingsanstalt, wie eine solche in Eglfing und Haar bereits ausgeführt und auch in Baden bereits eine solche beschlossen ist. Diese Ausgabe ist ein ärztliches Zugeständnis an den großen Betrieb, weil dadurch mehrere Verwaltungseinrichtungen, wie Wasserleitung, Kanalisation, Beleuchtung, Beheizung, Ökonomie, Bäckerei, Schlachthaus, Festsaal, Kirche, Friedhof, Sektionshaus, wie Fischer sagt, gemeinsam angelegt werden können und wichtige Zentraleinrichtungen darstellen. Die Bedeutung dieser Zentraleinrichtungen wird wohl vielfach von lokalen Verhältnissen abhängen. Dort, wo elektrisches Licht beispielsweise von einer Kommune bezogen werden kann, oder wo das Fleisch besser von dem städtischen Schlachthause genommen wird, oder wo eine Wasserleitung oder Kanalisation bereits vorhanden ist, dort wird die eigene Anlage von Haus aus in Wegfall kommen und wird man oft besser die vorhandenen Anlagen benützen. Auch ist es noch fraglich, ob ein gemeinsamer Gutshof für zwei Anstaltsleitungen einwandfrei bleibt, und ob der gemeinsame Festsaal nicht auch Kollisionen erzeugen kann. Aber das sind Anlagesorgen. Inwieweit und ob durch diese Vereinigung der Zentralanlagen etwa der Betrieb verbilligt wird, ist noch ausständig. Buch und Wien, die als derartige Anlagen angesehen werden können, scheinen keineswegs sehr dafür zu sprechen. Jedenfalls aber kann gesagt werden: Ärztliche Vorteile haben solche Zwillingsanlagen gegenüber einzelnen und gleichgroßen nach keiner Hinsicht. Sie sind wohl entschieden den Mammutanstalten vorzuziehen, sie bilden aber zweifellos einen Gegensatz zu einer anderen wichtigen ärztlichen Forderung, das ist die regionäre Verteilung der Anstalten, die wir aus allen Umständen anstreben müssen. Die regionäre Verteilung erleichtert den Besuch und die Einweisung und bringt das Anstaltswesen mit dem Publikum in besseren Kontakt, was gewiß auch nicht zu unterschätzen ist, um die herrschenden Vorurteile zu bannen. Man könnte solche Doppelanstalten deshalb nur dort empfehlen, wo eine große Anzahl von Plätzen auf kleinem Terrain notwendig ist, wie zum Beispiel in der Nähe der Großstädte oder der großen Industriezentren.

Meine Ausführungen über unser Thema wären somit erschöpft. Ob sie es auch für die Frage getan haben, wage ich nicht zu behaupten. Ich halte mich schon für befriedigt, wenn ich annehmen darf, daß sie zu einer lebhaften Diskussion anregen und insoweit überzeugen helfen, daß in der Größe allein weder das Heil der Irrenpflege noch die Wohlfahrt der öffentlichen Mittel gesehen werde, sondern, daß namentlich für letztere hauptsächlich, wenn nicht überhaupt, nur die lokalen und individuellen Verhältnisse der Anstalt verantwortlich gemacht werden müssen.

Das heurige Jahr ist das Jubeljahr eines großen Sieges, der dem deutschen Vaterlande die Freiheit wieder gebracht hat und eine unwürdige Knechtschaft ein für allemal beseitigte. Möge es auch uns den Sieg in unserer Frage bringen, und die Freiheit des ärztlichen Handelns verschaffen und unsere ärztlichen Bestrebungen von der Knechtschaft eines administrativen Irrweges endgiltig befreien.

Mitteilungen.

— **Westfalen.** Der 54. Westfälische Provinziallandtag hat in seiner diesjährigen Tagung vom 25. bis 30. Mai 1913 folgende das Gebiet der Irrenfürsorge betreffende Beschlüsse gefaßt:

1. Ankauf eines größeren Grundbesitzes zwecks Erweiterung der Provinzialheilanstalt zu Münster,
2. Satzung und Aufnahmebedingungen für die am 1. April 1911 in das Eigentum der Provinz übergegangene Anstalt St. Johannesstift zu Marsberg (Idiotenanstalt),
3. Erweiterungsbauten bei vorgenannter Anstalt,
4. Ermäßigung der Pflegegeldsätze für auswärtige Geisteskranke in den Provinzialheilanstalten.

Referate.

— Kleist, Privatdozent Dr., Oberarzt an der psychiatrischen Klinik in Erlangen: Die Involutionsparanoia. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 71, Heft 1, S. 1—134, 1913.

K. faßt die Ergebnisse seiner Arbeit wie folgt zusammen:

1. Es gibt eine besondere seelische Konstitution, die durch erhöhtes Selbstbewußtsein, herrisches, eigensinniges Wesen, Empfindlichkeit, Reizbarkeit und Mißtrauen gekennzeichnet ist: die hypoparanoische Konstitution.

2. Bei einer Anzahl hypoparanoisch Veranlagter tritt zur Zeit der sexuellen Involution, etwa zwischen dem 40. und 52. Lebensjahr, und wahrscheinlich bedingt durch die mit dem Versagen der Funktionen der Sexualorgane zusammenhängenden körperlichen Veränderungen (innersekretorische Verschiebungen) eine Steigerung der abnormen Wesenszüge zum Bilde der Involutionsparanoia auf.

3. Die Elementarerscheinungen der Involutionsparanoia sind: eine Veränderung der Affektlage im Sinne eines mißtrauischen, aber auch in mannigfachen anderen Nüancen erscheinenden expansiv-depressiven Mischaffektes; Mißdeutungen, Illusionen und Erinnerungsfälschungen in der Richtung der herrschenden Affekte; Halluzinationen (Gehörtäuschungen, in einem Fall auch echte hypochondrische Sensationen) und eine eigenartige Denkstörung, die sich als eine Verbindung von Denkhemmung und Haften mit Ideenflucht darstellt. Die Wahnbildung ist das Ergebnis des Zusammenwirkens jeweils mehrerer dieser Elementarstörungen. Die Verschiedenheiten der Wahnbildung im einzelnen Falle — und Beeinträchtigungsideen oder Beeinträchtigungs- und Größenvorstellungen, nachfühlbare oder wirklichkeitsfremde, nicht nacherlebbare Wahnideen, unverrückbar festgehaltene oder bis zu einem gewissen Grade wechselnde Wahnvorstellungen, strenge Systematisierung oder Wahnbildung ohne völlig rest- und widerspruchslose Verknüpfung der Wahnvorstellungen — erklären sich aus der wechselnden Beteiligung, Intensität und Gestaltung der Elementarstörungen im Zustandsbilde.

4. Die qualitative Abänderung der seelischen Funktionen vollzieht sich bald ganz allmählich, bald folgt auf ein anfänglich allmähliches Anwachsen der Krankheitserscheinungen eine akute oder subakute Verschlimmerung, zweimal führten erst wiederholte Krankheitsanfälle zur vollen Entwicklung des Leidens. Nach erreichter Krankheitshöhe, d. h. vom 48. bis 60. Lebensjahre ab, bleibt die psychische Veränderung im wesentlichen stationär. Das Leiden ist bei Frauen ungleich häufiger als bei Männern (9 Frauen unter 10 Fällen).

5. Nach Kraepelins neuester Schilderung der „Paranoia“ sollen auch schon vor den Jahren der sexuellen Involution Erkrankungen vorkommen, die die Bezeichnung Paranoia verdienen und wie die Involutionsparanoia autochthone Steigerungen einer hypoparanoischen Konstitution darstellen. Diese „Frühparanoia“ bedarf ebenso wie die akute und periodische Paranoia noch dringend näherer Untersuchung.

6. Die hypoparanoische Konstitution (und die auf ihr erwachsende Involutionsparanoia) gehört mit der hypomanischen, depressiven und zirkulären Veranlagung zu einer größeren Gruppe abnormer Konstitutionen, der auch noch einige andere Anlageanomalien zugerechnet werden müssen. Eine Krankheit, manisch-depressives Irresein, der die Paranoia ebenso untergeordnet wäre wie der progressiven Paralyse deren verschiedene klinische Erscheinungsformen, kann dagegen nicht anerkannt werden.

— Carl von Noorden, Prof., Wien: Über enterogene Intoxikationen, besonders enterotoxische Polyneuritis. Berl. klinische Wochenschrift 1913, 13. Januar.

v. Noorden beschreibt eine besondere Form intestinaler Intoxikation, die er im Laufe der letzten Jahre besonders studiert habe. Es bestehen Beschwerden über gewisse Unregelmäßigkeiten der Verdauung; meist handelt es sich um Verstopfung. Aber in manchen Fällen findet täglich Stuhlentleerung statt; gleichwohl haben sehr empfindliche Personen gewisse Beschwerden, vor allem ein dauerndes Gefühl der Völle; bei jeder Nahrungsaufnahme steigern sich die Beschwerden; die Patienten essen infolgedessen weniger und magern ab. Bei der Untersuchung zeigt sich, daß nur der unterste Teil des Darms leer ist, dagegen in der Flexura sigmoidea noch, weit hinauf, harte Massen liegen und festgehalten werden. Sehr oft findet sich Verlangsamung der Magenentleerung und besonders bemerkenswerte Grade von Hyperazidität, abhängig von der chronischen Obstipation. Auf der linken Seite des Abdomens ist in der Regel ein bestimmter Punkt sehr druckempfindlich und deutet auf einen Reizzustand des S. romanum; v. Noorden nennt ihn den S-Punkt. Zuweilen treten Diarrhöen dazwischen, ja es kann sich das klinische Bild der Colica mucosa oder der Enteritis muco-membranacea entwickeln. Diese Diarrhöen werden durch die mechanische und chemische Reizung der kotgefüllten Flexura sigmoidea verursacht, durch einen Spasmus der Darmwand, welcher das Tieferrücken der Kotmassen hemmt. Bei manchen Personen bleibt es bei diesen mehr weniger lokalen Beschwerden.

Bei vielen anderen entwickelt sich ein eigenartiges Krankheitsbild. Zunächst zeigt sich eine sensible Neuritis, d. h. Neuritis der sensiblen Fasern: Schmerzen in den verschiedensten Gebieten des Körpers (Okkzipitalnerven, Trigeminus, in den Armen, im Rücken, im Gebiet des Ischiadikus, des Kruralis); sie können zuweilen ihren Sitz wechseln, sogen. dolores vagi. Besonders oft entsprachen sie der gewöhnlichen Ischias oder der Interkostalneuralgie. Es besteht äußerst lebhafte Schmerzhaftigkeit der Nervendruckpunkte (auch ohne daß die spontanen Schmerzen bedeutend sind) besonders frühzeitig und stark an dem Nervus radialis der Oberarme. Manchmal treten in den Morgenstunden Schmerzen in

den Gelenken auf. Bei sehr feinen Proben findet man manchmal auch eine Abänderung der Tastempfindung, besonders im Bereich des Nervus cutaneus femoris externus.

Sehr oft finden sich Störungen der Herztätigkeit, entweder einfache Verlangsamung oder leichte Unregelmäßigkeit bei sonst ganz gesundem Herzen; letztere gewöhnlich nur in völliger Ruhe oder bei Erschöpftheit des Patienten, bei körperlicher oder psychischer Erregtheit schwindet sie oder es tritt Beschleunigung ein. Häufig trifft man schnellen Wechsel in der Füllung der Hautkapillaren, und zwischen Kälte- und Hitzegefühl, nicht selten Neigung zu Dermographismus, bis zu anscheinend spontaner Urtikaria sich steigernd.

Ferner tauchen auf Verminderung der Tagesmenge des Urins; auch bei reichlichem Wassertrinken ist sie vorhanden. Es entsteht Sedimentbildung des Harns ohne Vermehrung der Harnsäure. Ursache der Harnverminderung ist die ungewöhnlich starke Perspiratio insensibilis; nur mitunter kommen auch Schweißausbrüche vor.

Abgesehen von der Polyneuritis entspricht das Krankheitsbild in manchen Stücken der von v. Noordens Assistenten, Dr. H. Eppinger, beschriebenen Vagotonie.

In der Mehrzahl der Fälle wird eine ganz ungewöhnliche Ausscheidung von Indikan gefunden. Normalerweise finden sich mittels der kolorimetrischen Methode von Bouma ca. 20 mg Indigo im Tagesharn, in diesen Fällen dagegen oft 40—80 mg, ein Beweis für abnorm starke bakterielle Zersetzung von Eiweiß im Darm und abnorm starke Resorption der Fäulnisprodukte. Die Menge der Äther-Schwefelsäure erhebt sich in der Regel nicht so stark, wie dem Indikangehalt entspricht, weil ein Teil des Indols sich mit Glykuronsäure verbindet. Die dabei beobachtete Reduktionskraft des Urins beruht nicht auf Zucker, sondern auf der Glykuronsäure.

(Eppinger hat in einigen solcher Fälle aus den Fäzes einen Giftstoff extrahiert, der im Tierexperiment ganz ähnliche Erscheinungen machte, also ein starkes Vagusreizmittel ist. Ein wenig davon auf die Haut des Menschen gebracht, erzeugt eine starke lokale, bis 15 Minuten andauernde Urtikaria.

Es scheint sogar gelungen zu sein, ein in die Paratyphusgruppe gehöriges Bakterium zu isolieren, welches dieses Gift produziert. Exakte Details können noch nicht mitgeteilt werden.)

Manchmal treten Temperatursteigerungen bis 37,7° C auf; die Spannweite zwischen Temperaturmaximum und -minimum des Tages ist abnorm groß. Man wird dadurch leicht dazu geführt, einen latenten tuberkulösen Prozeß zu vermuten. Sobald der Darm in Ordnung ist, schwinden diese Temperatursteigerungen vollkommen.

Die Behandlung hat darauf hinzuwirken, daß der Darm bei der gewöhnlichen Kost, die der Durchschnitt der Menschen zu sich nimmt, regelmäßig arbeitet und die gesamten unteren Abschnitte des Darms sich bei den Stuhlentleerungen vollständig entleeren.

Diese Erkrankung kann leicht mit Neurasthenie oder Rheumatismus oder harnsaurer Diathese oder mit echter Gicht verwechselt werden. Bresler.

— H. D. Gaspero, Dr., I. Assistent an der K. K. Universitäts-Nervenklinik zu Graz: Hysterische Lähmungen. Studien über ihre Pathophysiologie und Klinik. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1912.

Verf. entwickelt zuerst die verschiedenen Anschauungen über die Hysterie und die dabei auftretenden Lähmungen. Er selbst sieht für erstere als Grundleiden eine krankhaft geänderte Reaktionsweise des gesamten Zentralnervensystems an, während er die letzteren zwar als klinisch gleichwertig, pathogenetisch aber verschiedenartig bezeichnet. Ueber drei einschlägige Fälle gibt er dann seine klinischen und plethysmographischen Befunde. Seine Experimente hat er auf Gesunde, hysterische Monoplegien ohne und mit Einfluß spezifischer Gefäßmittel (Amylnitrit, Adrenalin), organische Armlähmungen und hysterische Paresen und Myasthenien ausgedehnt. Er kommt zu dem Resultat, daß bei Hysterie funktionelle motorische Lähmungen auftreten, die außerhalb des noch geltenden Hysteriebegriffes stehen und die er als hysteriform, ätiologisch als traumatogen und prognostisch als sehr dubiös ansieht. Charakteristisch für sie sei das Ausbleiben der körperlichen Äußerungen psychischer Zustände auf vasomotorischem Gebiet (vasovegetative Lähmung), während bei organischen Lähmungen die psychophysiologischen Blutverschiebungen deutlich auslösbar und gesetzmäßig erhalten sind.

Lange-Waldheim.

— Edw. Flatau: Die Migräne. Berlin, Springer, 1912. 253 S.

Das große Material über die Migräne bedurfte einer neuen ausführlichen Zusammenfassung. Verf. hat diese Aufgabe mit großem Fleiß in Angriff genommen und vorzüglich gelöst. In klinischer Beziehung unterscheidet er eine vulgäre, ophthalmische, epileptische, psychische, ophthalmoplegische und fazioplegische Form. Die Besprechung der verschiedenen pathogenetischen Theorien führt F. zu dem Schluß, daß die Migräne weder im klinischen noch im pathologischen Sinne eine autonome Krankheit darstellt. Sie ist ein Syndrom, der Ausdruck einer angeborenen neurotoxischen Diathese. Den endokrinen Drüsen kommt dabei wahrscheinlich eine große Rolle zu. Der migränöse Vorgang wird als multilokulär vermutet, d. h. er kann verschiedene Gebiete des Gehirns in Anspruch nehmen und sich hauptsächlich als vermehrter Liquorhirndruck (im Sinne des Quinckeschen angioneurotischen Hydrozephalus) und unter der Form eines Gefäßspasmus abspielen. Auf Grund wesensgleicher krankhafter Vorgänge können bei Migränekranken auch in anderen Hirn- und Körpergebieten ganz variable Krankheitserscheinungen entstehen. Hierdurch wird sowohl das kaleidoskopische Bild der Migräne selbst, der Polymorphismus ihrer Begleit- und Interparoxys-

malsymptome und ihre Verknüpfung mit anderen Krankheiten einer Klärung näher gerückt. — In therapeutischer Beziehung legt F. mit Recht großes Gewicht auf die Allgemeinbehandlung, für welche er eingehende Vorschriften gibt. Mercklin.

— Hans W. Maier-Zürich: Über katathyme Wahnbildung und Paranoia. Habilitationsschrift. Berlin, Springer, 1912. 58 S.

Verf. setzt die bekannten Untersuchungen Bleulers über die Wahnbildung fort. Von den beachtenswerten Ausführungen kann hier nur weniges wiedergegeben werden. M. versteht unter Katathymie (*Κατὰ* = gemäß, *θυμός* = Neigung, Wunsch) von Symptomen (Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Erinnerungstäuschungen usw.), die Wirkung stark affektbetonter Vorstellungskomplexe auf die krankhaften psychischen Erscheinungen. Der Inhalt eines solchen Komplexes ist meist ein Wunsch, eine Befürchtung oder eine ambivalente Strebung. Wird das Gleichgewicht zwischen Affektivität und Logik zugunsten der ersteren verschoben, so ist die Disposition zu katathymen Symptomen gegeben. Dies ist der Fall bei Schwäche der Intelligenz (angeborene Intelligenzschwäche, gewisse Arten von Paranoia, Schizophrenie, dann aber auch bei besonderer Stärke der Affekte (Hysterie, andere Arten von Paranoia). Wichtig ist besonders die „Tenazität" der Affekte. Die katathyme Wahnbildung, welche zur Systematisierung führt, ist verschieden von der durch eine allgemeine Affektstörung (manisch-depressive Zustände) begünstigten. Die Paranoia Kraepelins faßt M. nicht als einheitliche Krankheit, sondern als symptomatologischen und Verlaufstypus auf. Die Disposition, welche hierzu führt, wird durch mehrere Typen repräsentiert, welche noch eingehender Durchforschung bedürfen. Grenzfälle der Paranoia mit unvollständiger Systematisierung und abortive Typen werden hervorgehoben.

Mercklin.

Personalnachrichten.

— **Illenau.** Geheimrat Schüle feiert am 4 Juli sein 50jähriges Dienstjubiläum.

Therapeutisches.

Das Teerpräparat Pinosol in der Hauttherapie. Von Privatdozent Dr. R. Polland. (Aus der Grazer dermatologischen Klinik, Vorstand: Prof. Matzenauer.) Oesterreichische Aerzte-Zeitung Nr. 3, X. Jahrg., 1913.

Der chemischen Fabrik G. Hell & Comp. in Troppau ist es gelungen, ein „Pinosol" genanntes Teerpräparat herzustellen, das „an Wirksamkeit die alten Holzteere eher noch übertrifft, bei dem jedoch die unangenehmen Eigenschaften derart herabgemindert sind, daß sie praktisch keine Rolle mehr spielen".

Das Herstellungs-Verfahren (Destillation des Teers unter stark vermindertem Druck nach besonderer Vorbereitung der Grundsubstanz) läßt die therapeutisch wirksamen Bestandteile der Hauptsache nach unverändert, nimmt jedoch Farbe und Geruch in solchem Maße weg, daß von einer störenden Wirkung dieser Qualitäten nicht mehr die Rede sein kann. Der schwach empyreumatische Geruch erinnert ungefähr an den Duft frischen Lederwerkes, verflüchtigt sich aber rasch und ist z. B in Salben, die nur 5 oder 10 Proz. Pinosol enthalten, kaum wahrnehmbar.

Damit getränkte Wäschestücke lassen sich leicht vollkommen reinigen, ohne sich zu verfärben oder sonst Schaden zu nehmen; es läßt sich ohne Schwierigkeit den verschiedenen Salbengrundlagen zusetzen und mit Fetten und verdünnten Alkalien gut verseifen. Es löst Schwefel bis zu 10 Proz. auf, wird oft in Fällen vertragen, die auf Ol. Rusci sicher mit Reizung reagieren würden. 5- bis 10proz Pinosolpasten werden mit bestem Erfolg bei Prurigo, trockenen Ekzemen, Lichen urticatus, als Nachbehandlung bei Scabieskuren, überhaupt bei allen Reizzuständen der Haut etc. mindestens ebensogut angewendet wie Pasten mit Ol. Rusci. Verf. ließ die alte Wilkinsonsche Scabies-Salbe mit Pinosol herstellen. Das Rezept dieser Salbe lautet:

Rp.	Sulfur praecip.	50.0
	Pinosoli	100.0
	Sapon. kalin.	
	Axung. porci	aa 150.0
	Cretae	15.0

Die Salbe kann auch mit gutem Erfolg bei den verschiedenen Pilzerkrankungen, z. B. Pityriasis versicolor, P. rosea, Erythrasma, Herpes tonsurans, Ekzema marginatum etc. verwendet werden. Auch die Dreuwsche Chrysarobin-Salbe kann durch Ersatz des Ol. Rusci durch Pinosol eine Verbesserung erfahren. Verf. verwendet dieselbe bei Psoriasis nach folgendem Rezept:

Rp.	Acidi salicyl.	10.0
	Chrysarobini	
	Pinosoli	aa 20.0
	Sapon. kalin.	
	Vaselini	aa 25.0

Man brauche gerade bei dieser Salbenkombination durchaus

nicht allzu ängstlich zu sein und könne — bei gesunden Nieren — recht ausgedehnte Hautpartien gleichzeitig in Angriff nehmen. Die Behandlung selbst wird nach Dreuws Angaben in mehrtägigen Zyklen durchgeführt. Pinosol und die meisten damit bereiteten Salben können auch im Gesicht angewendet werden, da es sich jederzeit leicht entfernen läßt und die Haut nicht verfärbt.

Sehr bewährt hat sich bei Seborrhoe des Kopfes, namentlich bei den mehr fettigen Formen, die flüssige Pinosol-Haarseife, anfangs vielleicht in Kombination mit Pinosolsalbe oder Pinosolschwefelsalbe. Feste Pinosolseifen eignen sich sowohl zum gewöhnlichen Gebrauch, als besonders für Leute mit fettigem, seborrhoischem Gesicht, Akne usw. recht gut.

„Es ist in dem Präparat unstreitig ein vollwertiger Ersatz für Ol. Rusci zu erblicken. Es besitzt in hohem Maße entzündungswidrige, juckstillende und parasitizide Eigenschaften, ist reizlos und ungiftig, wegen seiner Geruchlosigkeit und des Fehlens der Farbe sehr angenehm anzuwenden. . .“

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.



Weitere Stellengesuche siehe auch folgende Seiten.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 14. 5. Juli **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Aufruf. (S. 167.) — Einige Bemerkungen über die Begutachtung nervöser Unfallfolgen. Von Dr. E. Froehlich, Berlin. (S. 169.) — Über den Klatsch. Von Georg Lomer. (S. 171.) — Mitteilungen: (S. 175): Der Nachweis von lebenden Spirochäten im Gehirn von Paralytikern. Programm des XIV. Int. Kongresses gegen den Alkoholismus in Mailand. Bedburg-Hau. Alkohol in Spinalflüssigkeit und Blut. — Referate (S. 177). — Personalnachrichten (S. 180).

AUFRUF.

Immer näher rücken die Tage heran, welche uns die Erinnerung an die Völkerschlacht bei Leipzig bringen. Allerorten wird das Andenken der deutschen Helden gefeiert, welche jenen Kampf vorbereiteten und mit Gut und Blut zu siegreichem Ende führten. Auch unser Halle besitzt deren genug, und aus ihrer Zahl ragen zwei Männer hervor, welche zu den Besten ihrer Zeit gehörten: der todesmutige Major von Krosigk, der in der Schlacht bei Möckern fiel, und der Organisator der Kriegslazarette in Leipzig und Halle, dem seine persönliche Aufopferung im Dienste der Verwundeten die tödliche Ansteckung brachte, Johann Christian Reil.

Das Andenken von Krosigks ist an seinem Denkmal in Poplitz würdig gefeiert worden. Das Andenken Reils aber an seinem hundertjährigen Todestag, dem 20. November, zu ehren und es für alle Zeiten zu erhalten, ist eine besondere Dankespflicht unserer Stadt.

Denn sie besaß und sie verlor in ihm einen Bürger von ganz hervorragender Bedeutung. Er war in den Zeiten schwerster Not, nach 1806, der tatkräftigste Helfer, der ihr durch die im großen Stile durchgeführten Solbadeinrichtungen reiche, ungeahnte Einnahmequellen verschaffte. Er war der König der deutschen Ärzte jener Zeit, zu dem die Kranken aus aller Welt zusammenströmten. Er war der Stolz und die festeste Stütze der Universität, an der er über 20 Jahre lang lehrte, zu deren Aufblühen er wie wenige beigetragen, und deren völligen Niedergang in der napoleonischen Zeit er vor allen Anderen durch sein mannhaftes persönliches Einwirken verhindert hatte. Er gehörte zu den gedankenreichsten Schöpfern neuer wissenschaftlicher Bahnen; ihm verdankt die Welt hervorragende Fortschritte in naturwissenschaftlicher Erkenntnis, namentlich auf dem Gebiete der Anatomie, wie in der ärztlichen Kunst; so führt, um nur eines zu nennen, das heute so selbstverständliche Bestreben, die Leiden geistig Kranker und Schwacher zu verstehen und sie demgemäß human zu pflegen, überall auf sein Wirken zurück. Seine kühnen und durchgreifenden Pläne zur Erziehung eines tüchtigen Volkes und namentlich wissenschaftlich durchgebildeter Ärzte fanden ihre Verwirklichung bei der Begründung der Universität Berlin, an deren Auf- und Ausbau Reil den ein-

greifendsten Anteil nehmen durfte. Und all dies geistige Leben und Streben war durchglüht von der Liebe zum Vaterlande, von dem Vertrauen zu der Größe und Kraft Preußens, von der Begeisterung für die Zukunft Deutschlands.

Keinem Würdigeren kann in unserer Stadt ein Denkmal errichtet werden als

JOHANN CHRISTIAN REIL.

Und so fordern wir unsere Mitbürger, wie alle, welche den Segen, der für *die* Kultur unserer Zeit von ihm ausgegangen ist, dankbar anerkennen, auf, zu der Schöpfung eines Erzbildes dieses Großen beizutragen. Möge es unsere Stadt schmücken, ihm zur Ehre, der Mit- und Nachwelt zur Mahnung zu opferfreudiger Hingabe im Dienste der Menschheit und des Vaterlandes, eine dauernde Erinnerung an die gewaltigen Tage von 1813!

Halle a. S., im Juni 1913.

Schulrat Dr. **Biedermann.** Amtsgerichtsrat **Bindseil.** Stadtschulrat Dr. **Brendel.** Fabrikbesitzer **Max Dehne.** Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. **Dorn.** Geh. Justizrat Dr. **Elze.** Stadtrat **Engelcke.** Geh. Med.-Rat Dr. **Fielitz.** Geh. Justizrat Dr. **Fitting.** Geh. Justizrat **Föhring.** Bankdirektor **Goebbert.** Sanitätsrat Dr. **Graefe.** Prof. Dr. **Haasler.** Geh. Kons.-Rat Prof. Dr. **Hering.** Sanitätsrat Dr. **Herzau,** Vorsitzender der Ärztekammer der Prov. Sachsen, Stadtverordneter. Bürgermeister Dr. **v. Holly.** Geh. Kons.-Rat Prof. Dr. **Kattenbusch.** Stadtrat **Klopfleisch.** Bankdirektor **Kolster.** San.-Rat Dr. **Küstner,** Vorsitzender des Vereins der Ärzte. Geh. Komm.-Rat Dr. **Lehmann.** Justizrat Dr. **Lembser,** Stadtverordnetenvorsteher. Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. **Lindner.** Geh. San.-Rat Dr. **Mekus.** Geh. Reg.-Rat **Meyer,** Kurator der Universität. Geh. Komm.-Rat **Riedel.** Oberbürgermeister Dr. **Rive.** Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Roux,** Dekan der medizinischen Fakultät, im Namen aller Mitglieder der Fakultät. Geh. Komm.-Rat **Emil Steckner.** Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. **Strauch,** Rektor der Universität. Prof. Dr. **Suchsland.** Komm.-Rat **Heinrich Werther.** Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. **Wissowa.** Architekt **Wolff.** Generaldirektor **Zeil.**

Diesem Aufruf schließen sich an:

Regierungspräsident **v. Gersdorff,** Merseburg. Oberpräsident Exzellenz **v. Hegel,** Magdeburg. Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. **Max Lenz,** Professor der Geschichte an der Universität Berlin. Ministerialdirektor Exzellenz Dr. **Naumann,** Berlin. Prof. Dr. **Neuburger,** Professor der Geschichte der Medizin an der Universität Wien. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Orth,** Dekan der medizinischen Fakultät Berlin (namens der med. Fakultät). Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. **E. Schmidt,** Marburg. Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. **Sudhoff,** Professor der Geschichte der Medizin an der Universität Leipzig.

Etwaige Beiträge für das Denkmal nimmt entgegen der Hallesche Bankverein, Halle a. S., Große Steinstraße (Postscheckamt Leipzig 598).

Anmerkung der Redaktion:

Die Vertreter der Psychiatrie und Nervenheilkunde begrüßen diesen Aufruf mit ganz besonderem Interesse. Die oben angeführten Verdienste Reils um die Irrenfürsorge sind in der Eröffnungsnummer dieser Zeitschrift vor 14 Jahren geschildert und gewürdigt worden unter Wiedergabe des Porträts des bedeutenden Mannes und Arztes.

Die Redaktion dieser Wochenschrift schließt sich dem Aufruf ebenfalls an und möchte der Bitte Ausdruck zu geben sich erlauben, daß die Freude über den Plan eines Denkmals für den Begründer und Vorkämpfer humanerer und wissenschaftlicher Irrenfürsorge sich in reichlichem Fließen von Beiträgen auch aus unseren Fach- und Vereinskreisen zu erkennen geben möchte.

Dr. Bresler.

Einige Bemerkungen über die Begutachtung nervöser Unfallfolgen.

Von Dr. E. **Froehlich**, Nervenarzt in Berlin.

Die Technik der Gutachten bei nervösen Unfallerkrankungen ist so etwas wesentliches, daß ihre Besprechung wohl angebracht erscheint. Müssen wir doch bedenken, daß gerade derartige Gutachten so abgefaßt sein müssen, daß sie jederzeit forensisch bestehen können. In manchen Gutachten, über die Obergutachten zu erstatten ich berufen bin, macht sich in neuerer Zeit ein wenig angebrachter Nihilismus, gerade seitens mancher Nervenärzte, breit, vielleicht auf Grund übler Erfahrungen, aus denen aber hiermit nicht die richtige Lehre gezogen ist. Es ist aber klar, daß wir den Behörden, Gesellschaften usw. den schlechtesten Gefallen erweisen, wenn wir mit wenig Kritik möglichst alles abweisen und gewissermaßen nur einseitig auf den Vorteil unserer Auftraggeber hinarbeiten wollten: nur eine gerechte Abwägung aller Punkte kann die in Anspruch genommene Partei vor Schäden bewahren und die Kosten zweckloser Prozesse ersparen. Ich will zugeben, daß in diesem Sinne Haftpflichtschäden besonders schwer zu berurteilen sind, schon wegen der in Frage stehenden hohen Entschädigungssummen, aber auch bei berufsgenossenschaftlichen Regelungen, in der privaten Unfallversicherung, usw. liegen die Dinge durchaus nicht immer einfach.

Bevor ich auf meine eigentlichen Darlegungen eingehe, sei auf die Bedeutung sorgfältigen Aktenstudiums hingewiesen. Aktenlesen ist eine Kunst, die gelernt sein will und die eine große Übung erfordert, um wesentliches von unwesentlichem unterscheiden zu lernen; der geübte Aktenleser gebraucht keine übermäßige Zeit. Genaues Aktenstudium ermöglicht es uns z. B. Widersprüche herauszufinden hinsichtlich von Tatsachen, wie sie dort niedergelegt sind und wie sie uns der zu Untersuchende berichtet. Schon hier liegen uns somit oft wesentliche Momente für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor. Ferner werden wir über manche Vorerkrankungen auf diese Weise unterrichtet, über seelisches Verhalten, Unverträglichkeit, Disziplinlosigkeit (Beamte!) usw., Dinge, die Anhaltspunkte dafür geben können, daß psychische Anomalien weit zurück liegen, die ein späteres Krankheitsbild erklären können und ein anderes ätiologisches Moment plausibel erscheinen lassen, als das, welches der Verletzte uns angibt. Solche Beispiele ließen sich noch vielfach angeben. Glaubt der Gutachter noch auf anderes Material zurückgreifen zu müssen, so muß er es sich verschaffen: wie wichtig können Personalakten sein, Gerichtsakten (Strafverfahren, Entmündigungsakten, bez. Aufhebung der Entmündigung!). Ich habe einen Fall für eine Behörde wiederholt begutachtet, der seit Jahren eine Unfallrente bezog infolge von Geisteskrankheit als Unfallfolge; eine Besserung wurde geleugnet. Ich ersah aus den Entmündigungsakten, die ich mir kommen ließ, daß die Entmündigung seit Jahren aufgehoben war, da der betreffende nach dem Entmündigungs-Aufhebungsbeschluß in moralischer Hinsicht einwandfrei zu beurteilen war und weil er dem Gerichtsarzt auf Grund der beigebrachten Nachweise voll geschäftsfähig erschien. So ermöglichte sich die sofortige Aufhebung der Rente, zumal auch die Untersuchung somatisch keinerlei Abweichungen von der Norm mehr ergab. Logischerweise konte der Rentenempfänger nicht für die eine Behörde krank und für die andere gesund sein.

Was nun die Technik des Ganges der Untersuchung anlangt, so ist zuerst auf die genaue Schilderung des Unfalls, den Krankheitsverlauf vom Unfalltage bis zum Tage der Untersuchung Gewicht zu legen. Der Unfall selbst mit seinen direkten Folgen nimmt im Kopf des Kranken — ob bewußt oder unbewußt bleibe dahingestellt — häufig immer größere Dimensionen an und muß oft durch Vergleich dieser Angaben mit den im Unfallprotokoll fixierten verglichen auf das richtige Maß gebracht werden. Nur ein derartig genau aufgenommener Krankheitsverlauf kann uns ein brauchbares Bild für unsere Beurteilung geben und läßt sehr häufig schon im Voraus die wesentlichsten Klagen in der Hauptsache vermuten. Die Fixierung dieser ist der zweite Punkt, der in keinem Gutachten fehlen darf. Viel Geschicklichkeit gehört dazu, die Klagen, wie sie wirklich sind, aus dem Kranken herauszuholen. Wir müssen bestrebt sein, unsere Unterhaltung mit dem Kranken so einzurichten, daß der Kranke uns seine Klagen selbst nennt. Nichts ist ja so leicht, wie Klagen in einen Kranken hinein zu suggerieren, und nichts ist in der Folge schwerer, wie sie wieder auf das richtige Maß zu reduzieren. Wenn wir damit beginnen, den Kranken aufzufordern, er solle uns zuerst dasjenige angeben, was ihm z. Zt. am meisten lästig ist, dann werden wir schon allmählich in geschickter Unterhaltung von den wesentlichen Klagen zu den weniger erheblichen gelangen. Hierbei haben wir uns aber stets strikt an die Gegenwart zu halten, während der Kranke geneigt ist, auch die früheren, schon abgeklungenen Beschwerden immer wieder hervorzubringen, die dann leicht irrtümlicherweise für das vorliegende Gutachten mit verwertet werden.

Ganz verkehrt ist es, die Klagen nach einem Schema uns geläufiger Beschwerden dem Kranken abzuhören. Denn wenn wir fragen: Haben Sie Kopfschmerzen, haben Sie Schwindelgefühle, leiden Sie an Schlaflosigkeit usw., so werden wir eben auf alle Fragen in der Mehrzahl der Fälle ein „ja" als Antwort erhalten. Ein brauchbares Bild der subjektiven Klagen wird uns aber fehlen.

Über die Schilderung des Allgemeinbefindens, des seelischen Eindrucks, des Ernährungs- und Kräftezustandes, des Verhaltens von Muskulatur, Knochenbau, Fettpolster und der Haut, des Körpergewichtes und den objektiven Befund am Ort der Verletzung brauche ich mich nicht weiter zu verbreiten. Daß in jedem Falle völliges Entkleiden des Kranken, eine Urinuntersuchung u. ä. erforderlich sei, ist wohl gleichfalls selbstverständlich. Der Nervenstatus muß dann unbedingt — um nur das Wesentlichste hervorzuheben — Verhalten der Pupillenreaktion enthalten, Beschaffenheit der Zunge, des Pulses, der Druck- und Klopfempfindlichkeit des Kopfes, der Sensibilität, des Gleichgewichtes, der Reflexe, des Zirkulationsapparates; auch Händezittern und etwaige Ataxien sind nachzuprüfen und zu beschreiben.

Die Pupillenreaktion bietet sich nicht immer in gleicher Weise dem Untersucher dar. Leichte Trägheit ist oft an einem Tage vorhanden, an einem anderen hingegen nicht. Pupillenträgheit ist deshalb an einem zweiten Untersuchungstage zu kontrollieren. Die eigentliche Technik der Untersuchung weicht von der sonst geläufigen zu Gutachterzwecken nicht ab.

Großen Schwankungen unter verschiedenen Bedingungen ist die Pulsfrequenz unterworfen. Jemand, der soeben Treppen gestiegen ist und sofort untersucht wird, weist oft höhere Werte auf, die praktisch bedeutungslos sind und symptomatisch dann falsch verwertet werden. Wir müssen den Puls am Anfang und am Ende der Untersuchung zählen, im Stehen und Liegen, nach Anstrengungen (Kniebeugen u. ä.), und dabei natürlich auch auf die Regelmäßigkeit und Fülle achten. Zu bemerken ist hierbei, daß die erste Untersuchung durch einen bisher unbekannten Arzt fast immer psychisch erregend wirkt. Untersuchungen an anderen Tagen, um das psychische Moment nach Möglichkeit auszuschalten, gegebenenfalls in klinischer Beobachtung, werden ein einwandfreies Resultat ergeben. Nur eine ganz besondere Labilität des Pulses kann schon in einmaliger Untersuchung einwandfreie Schlußfolgerungen ermöglichen.

Druck auf die Austrittsstellen der Nerven am Kopf und Beklopfen des Kopfes, auch Druck auf eine Narbe, wird oft als schmerzhaft angegeben. Nicht zweckmäßig ist es, diese Untersuchungen in der Art vorzunehmen, daß wir die Kranken fragen, ob die betr. Versuche ihnen Schmerzen verursachen. Der Gutachter soll vielmehr diese Untersuchung anscheinend absichtslos vornehmen, er sieht ja am Erfolg, an dem Gesichtsausdruck, ob der Kranke wirklich Schmerzen empfindet. Auch hier ist es sonst möglich, den Kranken auf Symptome erst aufmerksam zu machen, die er dann bei einem späteren Gutachter verwertet, sei es bewußt im Wege der Täuschung, sei es unbewußt infolge von Suggestion. Das letztere ist aber entschieden das häufigere.

Ähnliche Verhältnisse haben wir bei Prüfung der Sensibilität. Schmerzempfindung abzufragen, ist meist unnötig, da man auch hier sieht, wenn der Kranke empfindet. Es ist ein Nonsens, wenn ein Kranker angibt, nichts zu fühlen, und wenn man sieht, wie er beim Nadelstich zusammenzuckt. Prüfungen mittels Pinselberührungen, Unterscheiden von Spitze und Kopf der Nadel, Wärme- und Kälteprüfungen sind am besten bei zweideutigen Resultaten in einer zweiten Sitzung zu wiederholen. Auch der Arzt muß natürlich bei diesen Untersuchungen sehr aufpassen und möglichst sofort Notizen machen, um einwandfrei zu erkennen, ob der Kranke sich häufig in seinen Angaben widersprfcht, und ob er überhaupt gleichmäßige Angaben macht.

Prüfungen des Gleichgewichts bieten der Deutung weniger Schwierigkeiten: der geübte Gutachter weiß plumpes Schwanken und Umfallen von wirklich vorhandener Unsicherheit zu unterscheiden, eine besondere Technik ist hierzu nicht erforderlich.

Das gleiche gilt von der Untersuchung der Reflexe, diese sind ja vom Willen unabhängig und weder vorzutäuschen noch zu übertreiben.

Händezittern wird oft vorgetäuscht, da dies in Laienkreisen ein bekanntes Symptom bei funktionellen Nervenleiden ist. Hier hat sich als technisches Hilfsmittel Ablenkung der Aufmerksamkeit mir erwiesen. Da das Zittern gewöhnlich doppelseitig ist, lasse ich, während die mit gespreizten Fingern ausgestreckt gehaltenen Arme nach vorn gehalten werden, mit der einen Hand Bewegungen ausführen, z. B. den Zeigefinger-Nasenspitzen-Versuch, wobei gleichzeitig etwaige Ataxie auffällt. Ausgeprägtes Zittern bleibt auch dann bestehen, während übertriebenes oder simuliertes aufhört. Natürlich muß der Patient nicht wissen, worauf es dem Untersucher ankommt. Ebenso lasse ich bei schlaff an dem Körper herabhängenden Armen einseitig bestimmte Bewegungen ausführen, wenn das

Zittern auch in der Ruhe beobachtet wird. Ähnlich entscheidend wirkt einseitige Kraftentfaltung, z. B. Händedruck der einen Hand, während die andere ausgestreckt gehalten wird. Es ist sehr schwer, dann die Zitterbewegungen einseitig weiter auszuführen. Finden wir in der Armmuskulatur fibrilläres Muskelzittern, so ist dies oft mit ein Beweis für die Glaubwürdigkeit des Zitterns, da dieses Symptom auf jeden Fall unabhängig vom Willen ist (wie übrigens auch das Lidflattern). Hingegen ist der sog. motorischen Muskelerregbarkeit eine überwiegende Bedeutung nicht beizumessen.

Wichtig ist, wie erwähnt, wiederholte Prüfung, in nicht ganz einwandfreien Fällen ist auf klinische Beobachtung zu dringen, wie ich sie in meinen Fällen häufig verlange und auch durchsetze. Der Kranke hat ja von seinem Standpunkte aus ganz recht, wenn er sagt, ein Arzt, der ihn lange behandelt hat, müsse ihn besser beurteilen können wie ein Obergutachter, der ihn nur einmal gründlich untersucht. Auch wir sehen es ja immer wieder, wie ein Kranker an verschiedenen Tagen ein ganz anderes Bild darbieten kann, daß Puls, Gleichgewichtsstörungen und dergl. sich zu verschiedenen Zeiten ganz anders präsentieren. Vor allem ist uns häufig eine klare Kritik des psychischen Verhaltens erwünscht. Eine klinische Beobachtung, die gewöhnlich in etwa acht Tagen auszuführen ist, gibt uns aber in der Regel ein einwandfreies Bild, das uns Werte schafft, die eine präzise Begutachtung ermöglichen, und die wiederum forensisch zu einem gerechten Urteil führen. Und auf die Präzision kommt es vor allem an. Wir bekommen als Gutachter präzise Fragen gestellt und haben sie auch präzis zu beantworten. Nichts ist für den Richter unangenehmer, als wenn er ein Gutachten geliefert erhält, das aus lauter Einschränkungen besteht. Nötig sind diese keineswegs, da wir in der Unfallheilkunde in der Erfahrung so weit fortgeschritten sind, daß ein präzises Gutachten keine unüberwindlichen Schwierigkeiten mehr macht. Hierauf wollte ich durch vorstehende Ausführungen hinweisen, die keineswegs die Symptomatologie oder den Simulationsnachweis bei nervösen Unfallerkrankungen behandeln sollten.

Über den Klatsch.

Eine psychologische Studie von **Georg Lomer.**

Größe wie Kleinheit des Menschengeschlechtes beruhen gleicherweise auf seiner sozialen Gliederung. Hat uns das Prinzip der Arbeitsteilung zu Leistungen befähigt, an die sonst auch nicht entfernt zu denken wäre, so ist anderseits das Zusammenleben unendlich vieler, wie es die menschliche Gesellschaft darstellt, für den Einzelnen unvermeidlich mit einer gewissen Einbuße an Bewegungsfreiheit und Selbständigkeit verbunden. Das Individuum, welches sich gewöhnt hat, lediglich als Teilchen einer ungeheuren Maschine tätig zu sein, wird damit von eben dieser Maschine in einem Maße abhängig, das freiheitliebende Naturen auch heute noch, in unserer vorgeschrittenen Zeit, als äußerst lästigen Zwang empfinden. Um so mehr empfinden, als durch das enge Beisammenleben der Massen in diesen gewisse Kräfte frei werden, welche auf feinere und empfindlichere Geister geradezu als Prinzip der Abstoßung wirken müssen. Ich denke hier speziell an den Klatsch in seinen tausend verschiedenen Formen.

Wie jeder gute Beobachter weiß und neuerdings auch die Wissenschaft festgestellt hat, folgt die Psychologie der Massen ganz anderen Gesetzen als die der Individuen. Eine Menschenmasse, die unter der Wucht eines ihnen allen gemeinsamen, sich mit überlegener Kraft behauptenden Interesses steht, eine — um den Le Bonschen[1]) Ausdruck zu gebrauchen — „psychologische Menge" besitzt vielmehr eine besondere, nur ihr eignende Gemeinsamkeitsseele. Eine Seele, welche nicht durch die psychischen Eigenschaften der die Masse gerade bildenden Einzelpersonen bestimmt ist, sondern ein ganz neues, selbständiges Gebilde darstellt. Als Teil einer solchen psychologischen Menge ist der Einzelne sozusagen nicht mehr er selbst, sondern er teilt den Charakter der neuen Individualität, die man etwa als Über-Individualität bezeichnen könnte. Selbstverständlich kann dieser Charakter, je nach den Umständen, welche bei der Bildung der psychologischen Menge zusammenwirkten, sehr verschieden sein. Gewisse Kennzeichen aber pflegen bei allen derartigen Gebilden aufzutreten, das sind die typischen oder Kategoriekennzeichen. Hierzu gehört das Mengenmachtbewußtsein, der Mangel jeden Verantwortlichkeitsgefühls, großen Reizbarkeit, Übertriebenheit und Unbeständigkeit, große Lenksamkeit, Suggesti-

[1]) Le Bon, Psychologie des foules. Paris 1895. Bibliothêque d. philos. contemp., Vol. 145.

bilität und psychische Ansteckungsfähigkeit. Der Wille wird allein durch Gefühle, Leidenschaft und Instinkte bestimmt, die Intelligenz ist ausgeschaltet, die Werte der Erziehung und Bildung werden geltungslos.

Wer wollte leugnen, daß die Bildung derartiger psychologischer Mengen nach der positiven wie nach der negativen Seite von größter Bedeutung werden kann. Was wir Korpsgeist, Disziplin, öffentliche Meinung nennen, was beim Militär der „gute Geist" einer Truppe, was in Volksversammlungen die homogene Stimmung der Zuhörerschaft ist, anderseits auch allerlei pathologische Erscheinungen wie das moderne Zungenreden u. a., alles dies beruht letzten Grundes auf einer psychischen Umformung, einer Organisierung bestimmter Menschengruppen zu höheren Einheiten, wobei das Wort „höher" keineswegs immer im Sinne von „moralisch höher" gebraucht werden darf.

Ich stelle nun die Behauptung auf, daß wir auch in der psychologischen Erscheinung des Klatsches die Bildung einer solchen „psychologischen Menge" vor uns haben. Einer psychologischen Menge von ganz bestimmter, fest umrissener Färbung und moralischer Wertung, die zwar nach Ort und Gelegenheit etwas variieren kann, aber doch eine Reihe typischer Züge aufweist, welche ihre Stellung im Bereiche der psychischen Erscheinungen zur Genüge aufweist.

Vergegenwärtigen wir uns einmal die Einzelerscheinungen, welche sich zu dem Sammelbilde des Klatsches zu verdichten pflegen. Der Grundvorgang ist das tendenziöse Weitererzählen von Tatsachen oder Tatsachengruppen, welche sich irgendwie auf andere Personen beziehen. Das Schwergewicht liegt dabei auf der herabsetzenden Tendenz. Aus neueren Forschungen über die Psychologie der Aussage — ich verweise auf die Arbeiten von Stern — wissen wir ja zur Genüge, wie ungeheuer schwer es schon unter ganz normalen Umständen ist, eine Tatsachenfolge aus dem täglichen Leben richtig, d. h. so wiederzugeben, wie sie sich in Wirklichkeit abgespielt hat. Nach jüngeren Untersuchungen [2]) sind Kinder die schlechtesten Zeugen, Mädchen hatten bis zum 14. Lebensjahre, also bis zur Pubertät, einen Vorsprung vor den Knaben, während sonst die Frauen sich als unzuverlässiger erweisen als die Männer, die Studierten als unzuverlässiger denn Bauern und Arbeiter. Geht schon aus diesen wenigen Bemerkungen die psycho-technische Schwierigkeit einer wirklich einwandfreien Berichterstattung zur Evidenz hervor, so begreifen wir, zu welchen Entstellungen es kommen muß, wenn das aussagende Individuum nicht — wie vor Gericht und bei sonstwie gegebener Gelegenheit — seine Subjektivität nach Möglichkeit unterdrückt, sondern ihr mehr oder weniger freien Spielraum läßt. Selten oder nie äußert sich diese Subjektivität in der Richtung einer rühmenden und erhebenden Tendenz. Was als „Klatsch" durch die Lande läuft, ist vielmehr gerade durch die Absicht der Herabsetzung, der Verkleinerung, der Verleumdung charakterisiert. Es scheint ein tiefes Bedürfnis der primitiven menschlichen Natur zu sein, sich selber auf Kosten anderer moralisch erhoben zu fühlen. Ist dieser erwünschte Zustand, wie meist, durch die nackten Tatsachen nicht gerechtfertigt — wir sind allzumal Sünder —, so beginnt die Phantasie ihre stille und stets mehr unbewußte als bewußte Tätigkeit und färbt die Dinge so lange um, bis sie das ihr wohlgefällige Aussehen haben. Sodann trägt der Klatsch die neugefundene Erkenntnis durch die Lande.

Wie sehr in uns allen die Urkraft der Phantasie mächtig ist, können wir an gewissen Beobachtungen des täglichen Lebens sehen. Wir haben — wer hätte das nicht! — einmal eine für uns beschämende Situation erlebt; eine Situation, die unser Selbstbewußtsein, unsere Eigenliebe auf das empfindlichste verletzte. Zunächst leiden wir unter der Erinnerung an diesen Vorgang. Aber bald schon setzt leise die korrigierende Tätigkeit subjektiver Phantasie ein, rückt diesen und jenen Zug des Erlebnisses in anderes Licht, retuschiert die eine oder andere Einzelheit, fügt neue, für uns schmeichelhafte Züge ins Bild, — und bald steht dieses letztere in fast gänzlich verwandelter Gestalt vor unserem geistigen Auge. Und dies um so mehr, je längere Zeiträume seit dem Ereignis verflossen sind.

Nicht anders arbeitet der Klatsch. Nur daß an der Formung des Bildes, der Korrektion der Tatsachen nicht einer, sondern die Phantasie von vielen beteiligt ist. Ein jeder gibt sein Teilchen zum Gesamtbilde und was schließlich, nach zahllosen Umarbeitungen, als Resultat herauskommt, das hat oft von dem ursprünglichen Bilde auch nicht einen Zug mehr.

In der Regel knüpft der Klatsch an einen tatsächlichen Vorgang, eine wirkliche Eigenschaft des Beklatschten an, und zuweilen gelingt es, eine Klatschserie noch im Entstehen zu beobachten und rechtzeitig zu kupieren. Ein Beamter zieht in eine andere Stadt und wohnt mit Frau die erste Nacht im Hotel. Um die Zeit hinzubringen, spielt er am Abend Billard und macht sich das Vergnügen, seine Frau in die Grundgeheimnisse des Spieles einzuweihen. Acht Tage darauf hört er, daß in dem Städt-

[2]) Türmer, 1911, März.

chen die Rede gehe: der X. spielt **jeden** Abend mit seiner Frau im Wirtshaus Billard. Er stellt das natürlich richtig. Wäre dies nicht geschehen, so hätte es vielleicht nach einiger Zeit geheißen: der X. ist überhaupt ein arger Spieler, er schleppt sogar seine arme Frau mit in die Stube des Lasters und verschleudert sein Vermögen! Ist es doch Tatsache, daß bei der Klatschverbreitung auch das Unglaublichste, ja dieses am liebsten geglaubt wird. Ein durch Protektion ins Amt gekommener, aber pflichttreuer Rechnungsbeamter ist rechnerisch wenig begabt, es passieren ihm öfter, als gut ist, allerlei Schnitzer. Bald heißt es: „die Rechenfehler sind Absicht, der Mann macht Unterschleife und betrügt seine Behörde". Man scheut sich also nicht, ihm geradezu die Ehre abzuschneiden. Und das eben ist charakteristisch; der Klatsch ist **ohne jedes moralische Verantwortlichkeitsgefühl**.

Besonders gerne werden sexuelle Beziehungen in seine Kreise einbezogen. In einem großen Krankenhause für Nervenleidende kommt eines Tages ein totfaules Kind zur Welt; es wird an einem stillen Orte bestattet. Ein paar Tage darauf zirkuliert in der Stadt das Gerücht, man habe im Hause des verheirateten Verwaltungsdirektors auf dem Boden ein totes Kind gefunden. Man wisse schon, von wem das stamme. — Eine Dame der Gesellschaft kleidet sich in einem kleinen Städtchen etwas moderner als der Durchschnitt der übrigen Weiblichkeit. Nicht lange, so geht das Gerede, das könne nicht mit rechten Dingen zugehen, die Frau müsse unlautere Einnahmequellen haben. Das sind ein paar typische Beispiele.

Selten oder nie gelingt es, den oder die Verbreiter von Klatsch zur Verantwortung zu ziehen. Stets ist der Einzelne gedeckt durch die Masse; auch ist es durchaus nicht die Regel, daß der einzelne Träger des Klatsches ein moralisch verwerflicher Mensch sein muß, er ist sicher nicht schlechter als der Durchschnitt seiner Mitbürger. Indem er in einem Klatschmilieu lebt, gehört der Einzelmensch eben nicht mehr sich selber, sondern ist in bestimmter Richtung seelisch verändert. Lädt der Beklatschte ihn vor die Schranken, so wird er auch durch Statuierung eines Exempels kaum etwas erreichen. Die Nichtbetroffenen werden vielleicht vorsichtiger werden, — das ist meist alles.

Damit kommen wir zu der Frage, welche äußeren und inneren Umstände denn für eine so elementare Erscheinung wie den Klatsch prädisponierend wirken, um damit am Ende den Weg zu finden, auf dem ihm am besten zu begegnen ist.

Da ist zunächst folgendes zu bemerken: Geklatscht wird überall, in den großen wie in den Mittel-, in den Kleinstädten wie auf dem Lande. Fragen wir uns aber, wo der Klatsch am reinsten und unverfälschtesten blüht, wo er die monströsesten Formen annimmt und — last not least — am gemeingefährlichsten werden kann, so gebührt ohne Zweifel den kleinen und einsam gelegenen Orten der Vorzug; und dies um so mehr, je mehr die Einwohner imVerkehr auf sich selbst angewiesen sind. Große Städte bieten allermeist soviel Ablenkung, sie fesseln den stets nach Neuem hungrigen Geist durch tausend kleine und große Geschehnisse, so daß ihm weit weniger Zeit und Lust bleibt, sich mit dem Wohl des lieben Nächsten zu beschäftigen. Hierzu kommt noch der intensivere Kampf ums Dasein in den Großstädten; er läßt dem Individuum für überflüssige Klatschkampagnen ganz einfach nicht den erforderlichen Kraftüberschuß. Ist eine solche Kampagne aber doch einmal im Gange, so bietet eine volks- und verkehrsreiche Stadt dem Betroffenen noch die besten Möglichkeiten, sich den spitzen Zungen zu entziehen. Ausgenommen sind da lediglich Persönlichkeiten mit sehr weitverzweigten Beziehungen, und dieser Umstand ist es, den sich eine gewisse und gewissenlose Presse, die sogen. Revolverpresse, zunutze zu machen pflegt.

In der Mehrzahl der Fälle aber handelt es sich um kleinere Orte, wenn eine solche Affäre sich zu größerem Umfange auswächst, mit Vorliebe um Residenzen, mit den tausend Verzweigungen ihres höfischen und nichthöfischen Klatsches, ferner um verkehrsarme Kleinstädte, deren Bahnverbindungen im Argen liegen, und nicht zuletzt um kleine entlegene Garnisonen, wo Hinz auf Kunz angewiesen ist (Forbach, vgl. **Bilse**, Aus einer kleinen Stadt).

Forscht man weiter nach der speziellen Prädisposition, so bemerkt man, daß hauptsächlich abgeschlossene Gruppen aller Art, wie Anstalten, Vereine, Sekten, Familien den günstigsten Nährboden abgeben. Auch Bier- und Kaffeetische gehören hierher, und es ist ein Aberglaube, daß etwa das männliche Geschlecht als solches gegen das Gift immun sei. Ein großer Teil der ganzen Geselligkeit an solchen Orten zieht aus der Klatschneigung sogar seine Hauptnahrung. Man lebt von der großen Welt abgeschlossen, braucht sich nicht zu überanstrengen, besitzt sein bequemes Auskommen, hat keine höhergehenden und weiterreichenden geistigen Interessen, — in dieser Richtung deckt die Tageszeitung vollauf den Bedarf, — was liegt da näher, als daß man sich ein wenig mit den Personen seiner Umgebung beschäftigt! Hier findet sich mühelos immer neues Unterhaltungsmaterial, man

braucht nur die Ohren zu öffnen, um sich — im Gegensatz zum lieben Nächsten — des eigenen Wertes bewußt zu werden, und den Kitzel gesättigter Tugend zu empfinden. „Die Ferneren sind es", sagt Nietzsche, „welche eure Liebe zum Nächsten bezahlen; und schon wenn ihr zu fünfen miteinander seid, muß immer ein sechster sterben."

Es ist wohl klar, daß ein Mensch der Klatschneigung um so mehr widerstehen wird, je feiner seine Geistes- und Herzensbildung ist, je tiefer er die Verächtlichkeit jener Neigung erkannt hat. Wer ein reiches Innenleben besitzt, wird schon dadurch bis zu gewissem Grade vor einem Versinken im Klatsche geschützt. Er hat genügend andere Interessen, als daß er seinen geistigen Bedarf auf diesem vulgären Gebiete decken müßte. So erhebt sich denn hier die Frage: welcherlei Individuen vorwiegend sind auf diesem vielseitigen Gebiete tätig?

Es gibt fast keinen kleinen Ort, in dem nicht ein ganz bestimmter Mensch oder ganz bestimmte Menschen als besonders klatschgefährlich — um dies Wort zugebrauchen — bekannt sind. „Nehmen Sie sich vor dem und dem in acht," heißt es da etwa, „der ist unsere wandelnde Chronik, die böseste Zunge hier am Platze!" Sieht man sich den Betreffenden an, so handelt es sich meist um einen Menschen in irgendwie abhängiger Stellung; um einen Menschen, der Grund hat oder zu haben glaubt, mit seiner Lage unzufrieden zu sein. Sei es nun ein Beamter, der sich nicht genügend gewürdigt vorkommt, sei es eine „unverstandene" Frau, die ihrer ehelichen Unbefriedigung im Klatsche ein Ventil sucht, oder auch eine ältliche junge Dame, deren sexuelle Instinkte nicht rechtzeitig in einer bürgerlichen Ehe zur Stillung gelangt sind; oder schließlich ein Durchschnittsphilister von besonders ausgeprägten sexuellen Bedürfnissen, die aber bei seiner reizlosen Gattin nicht auf ihre Rechnung kommen und sich im Städtchen nicht auszuleben wagen. „Überall", sagt v. Gleichen-Rußwurm (vgl. unten), „wo gesunde natürliche Sinnlichkeit unterjocht ist, sucht sie auf Umwegen die von ihr beherrschte Phantasie zu befriedigen." Immer aber wird es sich um flache Seelen handeln, deren Untiefen einer nachhaltigen Leidenschaft unfähig sind und, von den Wellen des Klatsches hin- und hergeworfen, dieses Wechselspiel als eine angenehme und billige Sensation empfinden.

Über den — übrigens in allen Organisationen gleichen — Beamtenklatsch sind ein paar besondere Worte am Platze. Wie der Vorgesetzte, als Typ genommen, der gemeinsame Feind aller Untergebenen ist, so ist es auch überall, wo es Untergebene gibt, deren Bestreben, sich für die mancherlei Unzuträglichkeiten und Demütigungen, die das Beamtenleben nun einmal mit sich bringt, auf ihre Art schadlos zu halten, — nämlich durch die ausgiebige Beklatschung des oder der Vorgesetzten. Es ist dies eine Art von sozialer Rache, die sich auf eine verhältnismäßig unschädliche Weise Luft macht; und keinem vernünftigen und weltkundigen Vorgesetzten wird es einfallen, seinen Untergebenen diesen billigen Spaß, an dem er selbst in jungen Jahren vielleicht auch Freude gefunden, verdenken oder verderben zu wollen.

Fassen wir unsere Resultate nun einmal zusammen, so fanden wir als die Hauptmotive alles Klatsches erstens die einer gewissen örtlichen und geistigen Beschränktheit eigene Sucht nach billiger und nervenkitzelnder, der Eigenliebe wohlgefälliger Unterhaltung, sodann sexuelle Instinkte, die irgendwie nicht auf ihre Rechnung kamen und sich auf diesem Wege einen Ausweg suchen, und schließlich das Bestreben aller untergeordneten Elemente, an den Höherstehenden die Rache zu nehmen, die ihnen sonst — aus strafpolizeilichen und anderen Gründen — versagt ist. Auf diese drei Motive, einzeln oder kombiniert, lassen sich alle Klatscherscheinungen der Regel nach zurückführen. Und damit kommen wir zu der Frage: Wen sucht sich der Klatsch mit Vorliebe zum Opfer aus? Und wer ist vor ihm sicher.

Ganz sicher ist vor ihm, kurz gesagt, keiner von uns allen. Zwar sind es überall die besonderen, so oder so aus dem Rahmen der Menge fallenden Elemente, welche er am meisten gefährdet; aber auch der Durchschnittsmensch darf sich keineswegs immer in dem süßen Wahne wiegen, daß an ihm nichts sei, was die Zungen der Mitwelt zu reizen imstande wäre. Jeder Tag kann an ihm einen interessanten Zug aufdecken, dessen buntere Ausmalung für Frau Fama lohnend ist. Einen Zug, von dem er vielleicht selbst nichts weiß, — was um so mehr Grund ist, ihn ausgiebigst zu verwerten. Immerhin bleibt es richtig, daß alles vom landläufigsten Durchschnitt Abweichende am ehesten imstande ist, den psychologischen Mechanismus des Klatschens in Bewegung zu setzen. Ein Interesse, das die Menge nicht teilt, — und welches höhere Interesse teilte wohl die Menge! — eine Gewohnheit, die nicht Gemeingut des Volkes ist, eine Eigenschaft, welche dich nach oben oder unten aus der Umgebung heraushebt, — jedes dieser Dinge genügt vollauf, um zum Ausgangspunkt einer ganzen Kette von phantastischen Klatschereien zu werden. Und selbst wenn nichts von

alledem vorliegt, und dein ganzes Vergehen darin besteht, daß du dich für dich hältst, wenig Verkehr pflegst und niemand zu nahe trittst, selbst dann, oder vielmehr gerade dann wird man auf dich aufmerksam werden und die Phantasie um dich und die deinen ihre Märchen spinnen lassen. Ein „normaler" Mensch bleibt eben nicht für sich, sondern trottet in der Menge mit.

Es ist klar, daß der gewohnheitsmäßige Klatsch sowohl für den Ausübenden wie für die unglücklichen Opfer seine organischen Folgen haben muß. Das heißt, er wird dem geistigen Gesamtwesen, ja in vielen Fällen auch der Physiognomie einen gewissen Typus aufdrücken müssen. „Die heimliche ungesunde Freude der pervers Klatschsüchtigen", so zeichnet Alexander v. Gleichen-Rußwurm[3]) sehr treffend dies Bild, „drückt sich in ihrem unstäten Blick, im widerlich zuckenden Lächeln aus. Die Mundlinien erscheinen meist schiefgezogen, die Lippen eingekniffen oder verquollen. Die Gesichtsfarbe ist fahl oder bläulichrot, eckige Magerkeit oder gedunsene häßliche Überfülle vervollständigen das abstoßende Bild."

Aber auch der systematisch vom Klatsch Verfolgte, — an vielen Orten ganz bestimmte Personen — hat seine Physiognomie. Der Hauptausdruck seines Gesichtes pflegt eine stets auf der Lauer liegende Ängstlichkeit zu sein; aufmerksam lauscht er nach links und rechts, immer bereit, sich in sein Mauseloch zu verkriechen. Es ist, als wolle er sich recht klein machen, um seinen Verfolgern zu entgehen. Der Blick ist unruhig, die Gesichtsfarbe blaß, die Sprache meist flüsternd und leise.

Es leuchtet ohne weiteres ein, daß die stete Furcht vor dem Klatsch schon bei normalen Individuen den Charakter verderben kann. Wieviel mehr muß das bei pathologischen Personen der Fall sein, bei allen jenen, deren Nervensystem von Hause aus nicht das stärkste ist. Ja, wenn wir im Bilde bleiben wollen, scheint es fast, daß gewisse Psychosen durch das Element des (halluzinierten) Klatsches ganz und gar beherrscht werden. Man denke an die Verfolgungsvorstellungen des Paranoikers der alten wie der neuen Schule, an seine Trugwahrnehmungen, die oft genug in nichts als Klatsch bestehen, und dem, was „die Leute sagen", eine übertriebene Bedeutung beimessen. Auch im melancholischen Symptomenbilde spielt der Klatsch seine Rolle. In beiden Fällen handelt es sich sozusagen um einen „gemütsbetonten" Klatsch, der — auf Illusion oder Trug beruhend — das Handeln des Kranken maßgebend zu beeinflussen vermag. Ähnliche Züge finden sich auch in anderen Psychosen.

Der Klatsch, das ist klar, bedeutet so wie er sich nun einmal darstellt, eine soziale Großmacht in unserem bürgerlichen Leben. Wie sein edlerer Bruder, der Ruhm, den Menschen erhebt und adelt, so zieht der Klatsch ihn in die Niederungen urmenschlicher Masseninstinkte und erstickt ihn in ihrem Sumpfe. Er vernichtet sein bestes Glück, zertrümmert den Frieden von Familien und Gemeinden und spielt mit Existenzen wie mit Bällen. Man könnte Bücher schreiben über die Rolle, welche er auch in größeren Fragen menschlicher Geschichte bis heute immer wieder gespielt hat. Glücklich sind wir zu preisen, wenn wir im Alltagsleben das Mittel fanden und gebrauchen lernten, welches allein ihm seine Schrecken nimmt. Das Mittel, welches in der schweren Kunst besteht: ihn völlig zu ignorieren.

[3]) „Von übler Nachrede". Münchener Neueste Nachrichten, 9. Februar 1911.

Mitteilungen.

— **Der Nachweis von lebenden Spirochäten im Gehirn von Paralytikern** ist dem Prof. E. Forster und Prof. E. Tomasczewski in Berlin gelungen. Sie machen davon auf Seite 1237 der Deutschen Medizinischen Wochenschrift vom 26. Juni 1913, Nr. 26, Mitteilung. Sie benutzten die Neißer-Pollaksche Gehirnpunktion zur Gewinnung frischen Materials von lebenden Paralytikern und konnten gleich in den ersten beiden Fällen lebende Spirochäten nachweisen. In dem einen Falle — Infektion unbekannt, Beginn der Erkrankung vor 1½ Jahren, schwerer Intelligenzdefekt; Lumbalpunktat: Eiweißvermehrung; starke Pleozytose; Wassermannsche Reaktion positiv, im Blut ebenfalls — wurde die Hirnpunktion des rechten Stirnhirns ausgeführt. Im Dunkelfeldpräparat aus dem Hirnzylinder wurden mehrere lebhaft bewegliche Spirochäten vom Aussehen der Spirochaeta pallida beobachtet. Im anderen Falle — 1891 syphilitische Infektion, damals 6 wöchige Quecksilberkur; 1909 Abnahme der Sehkraft, 1910 Erblindung, 7. Juni 1913 Größenideen, Intelligenzdefekt, Taboparalyse — wurde ebenfalls die Hirnpunktion des rechten Stirnhirns ausgeführt. Im Dunkelfeldpräparat aus dem Hirnzylinder fand sich eine wenig bewegliche Spirochäte vom Aussehen der Spirochaeta pallida. In 4 weiteren bisher untersuchten Fällen fanden Forster und Tomasczewski keine Spirochäten. Die Hirn-

zylinder wurden in allen Fällen zu Tierimpfungen verwandt; über den Erfolg dieser Versuche, die fortgesetzt werden, werden F. und T. später berichten.

Die Befunde von Noguchi sind bisher von Marie (Paris), Levaditi und Bauchowski, sowie von Marinesco bestätigt worden.

— Das Programm des **XIV. Internationalen Kongresses gegen den Alkoholismus,** der vom 22.—27. September in Mailand abgehalten wird, ist folgendes:

Montag, den 22. September.

1. Eröffnungsvortrag ohne Diskussion: Die Pathologie des Alkohols: Prof. Marchiafava, Rom (Italien).

2. Sittliche Entartung verursacht durch den Alkohol: Referenten: Prof. Dr. J. von Rees, Hilversum (Holland); J. Turner Rae, London (England). Diskussionsredner: Dr. Saleeby (England); Dr. F. Ferrari, Mailand (Italien); X., aus dem französischen Klerus.

Dienstag, den 23. September.

1. Die wirtschaftliche Bedeutung der Alkoholgewerbe: a) Wein. Referent: O. Ottavi, Casalmonferrato (Italien). — b) Bier. Referent: Direktor Dr. Hartwig, Lübeck (Deutschland). — c) Branntwein Referent: Dr. Matti Helenius-Seppälä, Helsingfors (Finland).

2. Umtriebe der Alkoholinteressenten gegen die Antialkoholbewegung. Referent: Dr. R. Hercod, Lausanne (Schweiz). Diskussionsredner: Dr. Holitscher, Pirkenhammer b. Karlsbad (Österreich); William E. Johnson, Westerville (Ohio U. S. A.).

3. Verheerungen des Alkoholismus (vom wirtschaftlichen Gesichtspunkt aus): a) Im Staat. Referent: Dr. Daum, Wien (Österreich) Diskussionsredner Dr. Kögler, Wien (Österreich); A. Cohn, Berlin (Deutschland). — b) In der Gemeinde. Referent: Generalsekretär Dr. F. Riémain, Paris (Frankreich). Diskussionsredner: Frl. de Pantchoulidzeff, St. Petersburg (Rußland). — c) In der Familie. Referent: A. Sherwell, Mitglied des Parlamentes, London (England). Diskussionsredner: Red. G. von Koch, Stockholm (Schweden).

Mittwoch, den 24. September.

1. Die Verwendung der Trauben und des Obstes zur Herstellung alkoholfreier Erzeugnisse: a) Die hygienische Frage. Referent: Dr. E. Bertarelli, Parma (Italien). — b) Die technische Frage. Referent: Prof. Dr. Eudo Monti, Turin (Italien). Diskussionsredner: Dr. J .Kochs, Dahlem bei Berlin (Deutschland). — c) Die wirtschaftliche Frage. Referent: Dr. Szanto, Direktor des sozialen Museums, Budapest (Ungarn). Diskussionsredner: Prof. A. Marescalchi, Casalmonferrato (Italien).

2. Die Bewegung gegen den Alkoholismus in den Kolonien seit der Vertagung der Brüsseler Konferenz. Referate: Dr. Harford, London (England); Prof. G. Mondaini, Rom (Italien). Diskussionsredner: Baron Joseph du Teil, Paris (Frankreich); Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Berlin (Deutschland).

Donnerstag, den 25. September.

1. Arbeitgeber und Arbeitnehmer im Kampfe gegen den Alkoholismus: a) Arbeitgeber. Referent: Bergwerksdirektor Meyer, Herne in Westphalen (Deutschland). Diskussionsredner: Mr. Howe, New-York (U. S. A.); An. Magno Magni, Mailand (Italien). — b) Arbeitnehmer: On. R. Rigola, Rom (Italien).

2. Ersatzmittel für die Kneipe. Referent: Pastor Dr. Stubbe, Kiel (Deutschland). Diskussionsredner: On. A. Cabrini, Rom (Italien); Prof. J. Ude, Graz (Österreich); M. Parent, Brüssel (Belgien).

3. Antialkoholische Ausstellungen: Referent: Dr. J. Flaig, Berlin (Deutschland). Diskussionsredner: Ing. D. Pastorello, Padua (Italien).

Freitag, den 26. September.

1. Trinkerbehandlung: a) Allgemeines. Referent: Dr. Legrain, Villejuif b. Paris (Frankreich). Diskussionsredner: Dr. Danitsch, Belgrad (Serbien). — b) Trinkerfürsorge: 1. Durch Vereine. Referent: Pfarrer A. Monod, Paris (Frankreich). 2. Durch Trinkerheilstätten. Referent: Direktor Dr. Delbrück, Ellen b. Bremen (Deutschland). Diskussionsredner: Dr. Andresen, Oerje (Norwegen). 3. Durch Trinkerfürsorgestellen. Referent: Prof. J. Gonser, Berlin (Deutschland).

2. Die Beschränkung der Zahl der Schankstätten: Referent: Prof. Dr. Trommershausen, Frankfurt a. M. (Deutschland). Diskussionsredner: Abgeordneter J. Siegfried, Paris (Frankreich); Mr. L. C. Stileman-Gibbard, M. A. Sharnbrook (England); On. A. Zerboglio, Pisa (Italien); R. A. Batty, Manchester (England); Ern. Cherrington, Westerville (Ohio, U. S. A.).

Samstag, den 27. September.

1. Alkoholgegnerische Jugenderziehung: Referent: Miß M. Brehm, Pittsbourg (U. S. A.). Diskussionsredner: Prof. Dr. de Vaucleroy, Brüssel (Belgien); Charles Wakely, London (England); Al. Schilow, Moskau (Rußland).

2. Vorbereitung des Lehrpersonals zum Antialkoholunterricht: Referent: Prof. Dr. Ponickau, Leipzig (Deutschland). Diskussionsredner: Direktor Ljunggren, Stockholm (Schweden); Prof. Aubert, Paris.

3. Alkoholismus in Italien: Referent: Direktion des Gesundheitsamtes, Rom (Italien). Diskussionsredner: Dr. A. Schiavi, Mailand (Italien); Dr. P. Amaldi, Florenz (Italien).

4. Die internationale Bewegung gegen den Alkohol: Prof. Dr. Bergmann, Stockholm (Schweden).

Während der Kongreßwoche wird Herr Dr. Popovic, Belgrad der an der Belagerung von Adrianopel teilnahm, einen Vortrag über „Krieg und Alkohol" halten.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 8 M (10 Frs.). Er berechtigt zur Teilnahme an allen Kongreßsitzungen, zu Ermäßigungen auf den Eisenbahnen, zur kostenlosen Zusendung aller Kongreßdrucksachen Diejenigen, die nicht daran denken, dem Kongreß persönlich beizuwoh-

nen, erhalten gegen einen Beitrag von 5 M (6 Frs.) die Kongreßdrucksachen. Anmeldungen sind zu richten an den Generalsekretär Dr. Ferrari in Mailand. Im Handbuch des Kongresses, das jedes Mitglied einige Tage vor dem Kongreß bekommt, wird das Organisationskomitee ein Verzeichnis der empfehlenswerten Gasthöfe und Wohnungen zu verschiedenen Preisen veröffentlichen. Ein Ausflug an den schönen Comersee wird während des Kongresses stattfinden. Ferner wird der Kongreß von der Exportgenossenschaft für Weinbauprodukte in Trient (Tirol), die u. a. feine konzentrierte alkoholfreie Moste herstellt, zu einem Besuche seiner Anlagen eingeladen.

Im Anschlusse an den Kongreß findet die Versammlung des Internationalen Verbandes abstinenter Ärzte statt, in der Dr. med. Holitscher-Pirkenhammer bei Karlsbad das Ergebnis seiner Sammelforschung über Alkohol und Tuberkulose mitteilen wird.

— **Bedburg-Hau.** Der Minister der öffentl. Arbeiten hat genehmigt, daß vom 15. März 1913 ab die Eisenbahnstation „Hau" in „Bedburg-Hau" umbenannt worden ist. Im Anschlusse hieran wurde für die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg (Kr. Cleve) die gleiche Benennung vorgeschlagen und seitens des Provinzial-Ausschusses genehmigt. Durch das Reichspostamt wurde ferner der Name der Postagentur „Bedburg (Kr. Cleve)" in Bedburg-Hau, Kr. Cleve umgeändert.

— **Alkohol in Spinalflüssigkeit und Blut.** In der Biologischen Abt. des Ärztlichen Vereines zu Hamburg (Sitzung vom 4. März 1912) berichteten Schumm und Fleischmann über Befunde von Alkohol in der Spinalflüssigkeit und im Blute. Zunächst besprach Schumm die Methodik des quantitativen Nachweises und demonstrierte eine von ihm ausgearbeitete einfache qualitative Probe. Fleischmann teilte die klinischen Ergebnisse der gemeinsamen Untersuchungen mit. Die Vorfrage, ob aus Kohlehydraten der Nahrung gebildeter Alkohol in den Liquor übergeht, ist zu verneinen. Bei 7 Betrunkenen (1. Untersuchungsreihe) fand sich starke Alkoholreaktion im Liquor. Bei 10 weiteren Betrunkenen ergab sich Gehalt von bis zu 0,4 Proz. Alkohol im Liquor (Schweisheimer fand im Blut nach der Zufuhr von 385 ccm reinen Alkohols nur bis 0,22 Proz.) Unter 13 Deliranten hatten 10 keinen Alkohol mehr im Liquor nachzuweisen; das Delirium tremens ist nicht durch Alkoholanhäufung im Liquor bedingt, sondern eine Abstinenzerscheinung.

An einer Reihe Paralytiker und senil Dementer wurden die Ausscheidungszeiten nach experimenteller Alkoholzufuhr geprüft. Es zeigte sich, daß im allgemeinen der Alkoholgehalt des Liquors ziemlich parallel dem des Blutes geht; nach der 1. Stunde pflegt er im Liquor höher zu sein als im Blute.

Diskussion. Schottmüller ist seit seinem Vortrage über den Alkoholgehalt des Liquors der Frage ebenfalls nachgegangen. Qualitative Analysen mit dem Kaliumdichromatverfahren ergaben bis zu 0,5 Prozent Alkohol (nach 1 l Wein); einmal sogar, bei einem Schwerbetrunkenen, 0,8 Proz. In manchen Fällen geht nach seiner Beobachtung die Alkoholausscheidung langsamer vor sich, als Herr Fleischmann fand.

Nonne: Der Lumbaldruck ist in manchen seltenen Fällen von Alkoholismus erhöht, meist aber, wie Fleischmann schon angab, nicht gesteigert. Theoretisch interessant ist, daß bei Delirium tremens im Liquor kein Alkohol gefunden wird, man hat eine kumulative Schädigung des Nervensystems durch den im Liquor vorübergehend vorhandenen Alkohol anzunehmen; der Alkoholismus selbst ist wohl als Symptom einer allgemeinen Degeneration anzusehen.

Bornstein fand im Blute von Alkoholikern vermehrte Lipoidsubstanzen.

Holzmann weist auf die Untersuchungen von Pighini hin, der große Mengen von Cholesterin im Liquor von Alkoholikern nachwies.

Jakob betont die toxische Komponente beim Zustandekommen des Delirium tremens.

Trömmer: Das Delirium tremens ist keine Abstinenzerscheinung. Delirium tremens und akuter Rauschzustand zeigen bis zu einem gewissen Grade entgegengesetztes Verhalten.

Kafka: Das interessante Ergebnis, daß der Liquor mehr Alkohol enthalten kann als Blut, spricht dafür, daß gelegentlich eine Alkoholretention im Liquor vorkommen kann. Vielleicht ergibt sich ein Unterschied im Verhalten des Liquor und der Ventrikelflüssigkeit.

Brückner fragt an, ob bei starkem Alkoholgehalt des Liquors positive Wassermannsche Reaktion beobachtet wurde.

E. Reye fand bei 60 Alkoholisten stets negative Wassermannsche Reaktion im Liquor.

Ref. C. Hegler. (Berl. klin. Woch. 1913, Nr. 15, S. 704.)

Referate.

— Gottschalk, Geh. Med.-Rat R., Kreisarzt in Rathenow: Grundriß der gerichtlichen Medizin (einschl. Unfall- und Invalidenversicherung) für Ärzte und Juristen. Mit besonderer Berücksichtigung der einschlägigen Entscheidungen des Reichsgerichts und des Reichsversicherungsamtes. IV. Aufl. Leipzig 1912, Verlag von G. Thieme.

Auf 441 Seiten bringt das Buch folgende Kapitel: Streitige geschlechtliche Zustände vor Gericht (Zeugungsfähigkeit, gesetzwidrige Befriedigung des Geschlechtstriebes, Schwangerschaft und Geburt), die gewaltsamen Gesundheitsbeschädigungen und der gewaltsame Tod, die ärztliche Sachverständigen-Tätigkeit bei Unfallfürsorge und Invalidenversicherung, und im Anhang einige Erlasse, Muster usw. Das Buch gibt auch in der neuesten Auflage einen ganz guten Überblick über das Wissenwerteste aus obigen Kapiteln. Sehr nützlich ist die Einflechtung maßgebender Reichsgerichtsentscheidungen an zahlreichen Stellen.

— Ärztliche Rechts- und Gesetzeskunde. Herausgegeben von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. O. Rapmund, Reg.- und Med.-Rat in Minden i. W., und Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. E. Dietrich, vortrag. Rat im

Ministerium des Innern in Berlin. 2. gänzlich umgearbeitete Auflage. 2 Bände. Leipzig 1913, G. Thieme. Preis 32 M.

Auf Anregung von Geh. Rat Dr. Schwalbe in Berlin, einen Ratgeber für die praktischen Ärzte zu schaffen, aus dem sie in allen Lagen ihrer Berufstätigkeit sich über die im Deutschen Reiche und den Bundesstaaten bestehenden, für den Arzt in Betracht kommenden gesetzlichen und rechtlichen Bestimmungen und Entscheidungen unterrichten können, ist das vorliegende Werk zustande gekommen, von dem man zunächst sagen darf, daß es den gewaltigen Stoff in erschöpfender Weise behandelt und wiedergibt. Sodann hat es aber den Vorzug, daß es die gesetzlichen Bestimmungen und Entscheidungen nicht einfach aneinandergereiht, sondern in systematischer Verarbeitung bringt und daher einen leichten Überblick über die den Arzt, den Medizinalbeamten, die Verwaltungs- und Justizbehörden interessierenden Rechts- und Gesetzesfragen gewährt. Bei der II. Auflage hat das Buch naturgemäß eine erhebliche Erweiterung erfahren und ist zu einem stattlichen Sammelwerk geworden; als neu hinzugekommen seien besonders erwähnt die Abschnitte über Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der Unfall- und Invalidenversicherung und über die einschlägigen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung vom 19. 7. 1911. Wir geben zur Veranschaulichung der Reichhaltigkeit des Werkes die Titel der Hauptabschnitte wieder: Organisation des Gesundheitswesens und der Medizinalbehörden in Deutschlands (Reich und Bundesstaaten); Ausbildung des Arztes, Rechte und Pflichten des Arztes in bezug auf seine Person, Rechte und Pflichten des Arztes der Allgemeinheit gegenüber und in besonderen Stellungen, (darin Bekämpfung übertragbarer Krankheiten), der Arzt als Sachverständiger und Vertrauensarzt, Rechte und Pflichten gegenüber seinen Berufsgenossen; Gebührenwesen; ärztliches Hilfspersonal; Verkehr mit Arzneimitteln usw., Apotheken, Hausapotheken; ärztliche Geschäftsführung. Das Werk umfaßt 1417 Seiten; dazu kommt, daß vielfach kleinerer Druck verwendet ist, sodaß ein ungemein reiches, man kann sagen lückenloses Material in dem Werke geboten wird.

— F. Hünseler, Dr., Oberlehrer und Nahrungsmittelchemiker: Die Chemie unserer Nahrungs- und Genußmittel nebst Einführung in die Chemie. Mit Abbildungen im Text. Verlag der Jos. Köselschen Buchhandlung, Kempten und München, 1912. Preis geb. 1 M. 144 Seiten.

In diesem Büchlein ist eine knapp, dabei geschickt gefaßte, aber recht reichhaltige und dazu allgemein verständliche Übersicht über die wichtigsten Nahrungs- und Genußmittel, ihre Darstellung, chemische Zusammensetzung und Verfäschungen gegeben. Das Verständnis für die chemischen Vorgänge wird durch die 38 Seiten umfassende Einführung in die Chemie auch dem Laien erleichtert werden. Fleisch, Milch, Käse, Butter, Mehl sind besonders eingehend behandelt. Den alkoholischen Getränken und ihrer Gewinnung ist ein verhältnismäßig zu großer Raum gewidmet, nämlich der sechste Teil des Büchleins. Daß der Alkohol dem Körper „genau wie andere Nahrungsmittel Spannkraft und Wärme zuführt" (S. 118), kann nicht zugegeben werden. Bresler.

— Beck, Dr. Carl: Die Behandlung der kindlichen Tuberkulose mit dem Rosenbachschen Tuberkulin. (Aus dem v. Neufvilleschen Kinderhospital in Frankfurt a. M.) Mit 28 Textfiguren. Referiert auf der 19. Versammlung der Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte in Frankfurt a. Ma. am 15. Dezember 1912. Zeitschrift für Kinderheilkunde, Bd. VI, Heft 5/6. (Erschien gleichzeitig in der Festschrift für Heubner.)

Vor drei Jahren hat Geh. Rat Prof. Dr. Rosenbach ein neues Tuberkulin angegeben. Es ist hundertmal weniger toxisch als das Kochsche Alttuberkulin und entsteht durch biochemische Vorgänge beim Wachsen eines Trichophytonpilzes auf lebendigen Tuberkelbazillen und deren Nährböden. Zur Darstellung dieses Tuberkulins wurde Trichophyton holosericum album verwandt. „Auf sechs bis acht Wochen alten Tuberkelbazillenkulturen werden Partikelchen dieses Trichophytonpilzes aufgebracht. Bei 20 bis 22 Grad C entwickelt sich dieser und hat nach zehn bis zwölf Tagen den größten Teil der Tuberkelbazillenkultur mit einem weißen Luftmyzel überzogen. Dann wird die Kulturmasse (Tuberkelbazillen und Trichophyton) vom Nährboden getrennt, mit einer Glyzerin-Karbolsäurelösung versetzt, zerrieben, filtriert, und mit der ebenfalls filtrierten Flüssigkeit des Nährbodens vereinigt. Das Volumen wird auf genau das Zehnfache der Pilzmasse (Tuberkelbazillen und Trichophyton) eingestellt und dem fertigen Tuberkulin zur Konservierung ein Zusatz von ½ Proz. Karbolsäure gegeben."

Dieses Tuberkulin besitzt nur sehr geringe Giftigkeit. Die tödliche Dosis liegt jedenfalls weit über 2,5 ccm pro Kilogramm Tier.

Das Rosenbachsche Tuberkulin, eine klare, bräunliche Flüssigkeit von eigenartigem Geruch, muß vor stärkerem Lichteinfluß, insbesondere vor direktem Sonnenlicht geschützt werden; es kommt deshalb in Fläschchen aus braungelbem Glase in den Handel in Mengen von 1, 2, 5 und 10 ccm. Es wird von der A.-G. Kalle & Co. in Biebrich a. Rh. hergestellt. 1 ccm kostet zurzeit in den Apotheken 1,50 M bezw. 1,20 M.

Seit Rosenbachs erster Veröffentlichung im Jahre 1910 in der Deutschen med. Wochenschrift ist sein Tuberkulin von verschiedenen Seiten nachgeprüft worden, jedesmal mit gutem Erfolg.

Beck selbst hat jetzt seit einem Jahr das Rosenbachsche Tuberkulin bei 30 Kinder im Alter von ½ bis 14½ Jahr verwendet. 10 Kinder litten an Lungentuberkulose, 1 an exsudativer Pleuritis, 3 an Bauchfelltuberkulose, 1 an Darmtuberkulose, 9 an Drüsentuberkulose, 5 an Knochenkaries, 4 an chronischer Mittelohreiterung, 2 an Weichteiltuberkulose, 5 an Hauttuberkulose. Befallensein der Bronchialdrüsen war beinahe in allen Fällen röntgenologisch nachzuweisen. 7 zeigten eine multiple Erkrankung. Bei allen war die Pirquetsche Kutanreaktion mit Kochschem Alttuberkulin positiv.

Am häufigsten wurde durch allgemeine Einverleibung des Rosenbachschen Tuberkulins mittels subkutaner Injektionen (gewöhnlich in die Außen- oder Vorderseite

des Oberarms) auf die tuberkulösen Erkrankungen einzuwirken versucht. In einigen Fällen von chirurgischer Tuberkulose wurde es direkt in die Umgebung der betreffenden Haut-, Weichteil- oder Knochenherde eingespritzt.

Bei tuberkulösen Abszessen wurde zunächst der Eiter mittelst einer Spritze ausgesaugt und dann das Tuberkulin in das umliegende Gewebe, nicht in die Abszeßhöhle selbst, injiziert.

Beck begann mit 0,1 ccm der unverdünnten Flüssigkeit auch bei Säuglingen, und möchte dies — abgesehen von sehr schwer Kranken und von besonders Empfindlichen — als die normale Anfangsdosis für das gesamte Kindesalter betrachten. Nach der ersten Injektion jeden zweiten Tag $^1/_{10}$ g mehr bis zur Höchsdosis von 1 g. Hierbei angelangt noch einen Monat lang zweimal wöchentlich 1 g, dann noch einen Monat einmal wöchentlich, so daß in der Regel eine Kur etwa drei Monate dauerte.

Bei höheren Temperatursteigerungen, die bei vereinzelten Kranken auftraten, spritzte er seltener, zweimal oder sogar nur einmal wöchentlich, auch blieb er da öfters längere Zeit bei derselben Dosis. In hartnäckigen Fällen hörte er nach drei Monaten nicht mit der Tuberkulinkur auf, sondern gab 1 g weiter, ein halbes Jahr lang und länger. Nur einigemal injizierte er bis zu 1,5 und 2 g pro Dosis.

In keinem einzigen Fall hat Beck unangenehme Erscheinungen erlebt. Einige wenige Kinder klagten bei den größeren Dosen über leichte Kopfschmerzen, manchmal auch über eine gewisse Schwäche, Appetitlosigkeit und Übelkeit. Erhebliche Allgemeinreaktionen, intensive Kopfschmerzen, Erbrechen fehlten. Nicht selten erhob sich die Temperatur nur um einige Zehntel Grad über die Norm, aber auch um 1 bis 2 Grad, um am folgenden, spätestens am nächstfolgenden Tag abzuklingen. Bei Kindern, die schon vor der Einspritzung fieberten (keine Kontraindikation für die Tuberkulinbehandlung), stieg die Temperatur manchmal höher.

Die Lokalreaktion ist meist weit stärker als bei dem Kochschen Tuberkulin. In einzelnen Fällen fehlte zwar auch diese oder erfolgte nur eine geringe Rötung und Infiltration in der Umgebung der Injektionsstellen ohne besondere Schmerzempfindlichkeit, meistens aber war sie enorm.

„Schon wenige Stunden nach der Einspritzung trat örtliche Rötung und Schwellung auf, die sich rasch ausbreitete und oft den ganzen Arm befiel. Nach 12 bis 24 Stunden sah es dann manchmal so aus, als ob ein Erysipel oder eine Phlegmone bestände: dunkle Rötung, pralle Spannung und sehr erhebliche Schmerzhaftigkeit. Auf feuchten Verband und Hochlagerung verschwand aber diese lokale Reaktion innerhalb ein oder zwei Tagen vollkommen. Freilich wiederholte sie sich in einzelnen Fällen bei jeder neuen Injektion; in der Regel aber wurden sie im Laufe der Kur geringer."

Abszesse oder Nekrosen kamen nicht vor. Die starken Lokalreaktionen werden vermieden durch tiefe subkutane oder intramuskuläre Injektion. Diese unangenehme Wirkung, lange nicht bei allen Kindern auftretend, ist harmlos und nicht imstande, die Behandlung mit dem Rosenbachschen Tuberkulin zu diskreditieren. Auch bei höchsten Fiebersteigerungen keine Alteration des Herzens, nie Eiweiß oder Zucker im Urin.

Herdreaktionen:

Bei Lungentuberkulose: Der Husten und die Rasselgeräusche über den befallenen Lungenpartien vermehrten sich. Diese nach einigen Tagen zurückgehenden Erscheinungen treten bei einer neuen Injektion wieder auf, aber in vermindertem Maße, und schwanden schließlich nach mehr oder weniger kurzer Zeit vollständig.

Bei exsudativer Pleuritis und Peritonitis: Die Flüssigkeitsmengen nahmen ziemlich rapid ab, die knotigen Verdickungen des Bauchfells und des Netzes, ebenso die geschwollenen Mesenterialdrüsen bildeten sich stetig zurück.

Frisch erkrankte, von tuberkulösen Granulationen und Verkäsungen freie Lymphdrüsen schwollen zunächst ödematös an, um sich allmählich mehr und mehr zu verkleinern.

Tuberkulöse Knochen- und Weichteilherde brachen nach außen auf und kamen unter Schrumpfung zur Heilung.

Ähnlich bei Hauttuberkulose.

Hautlupus: Verwandlung in eine akute phlegmonöse Entzündung, Austritt von Exsudat aus den Knötchen an

die Oberfläche, Resorption des lupösen Gewebes, Narbenbildung.

Die Einwirkung durch das Rosenbachsche Tuberkulin auf das Allgemeinbefinden und auf die subjektiven Beschwerden war überraschend günstig. Der Appetit besserte sich, das Gewicht nahm auffällig zu. Die Pirquetsche Kutanreaktion ist bei einer Anzahl der Patienten nach der Behandlung negativ ausgefallen.

Das Mittel ist nach Beck ganz ungefährlich und sollte daher in jedem Falle versucht werden. Die Kur läßt sich sehr gut ambulant durchführen. Die nach Tuberkulininjektionen erworbene Immunität hat nur eine begrenzte Zeitdauer, deshalb ist eine Wiederholung der Kur notwendig, die ev. jahrelang fortgesetzt werden muß.

Verfasser teilt sämtliche 30 Krankengeschichten mit.

(Sollte sich das Rosenbachsche Tuberkulin nicht auch zu Versuchen bei progressiver Paralyse eignen?)

Personalnachrichten.

Wien. Der Privatdozent a. d. Wiener Universität, Leiter des Sanatoriums für Gemüts- und Geisteskranke in Tulln bei Wien, Dr. Giulio Bonvicini, wurde zum Medizinalrat ernannt.

Goddelau. Dr. med. Erich Stephan aus Dargau in Mecklenburg-Schwerin ist am 15. Juni als Assistenzarzt in den Dienst der hiesigen Anstalt eingetreten.

Aplerbeck i. W. Abteilungsarzt Dr. Winter verließ seine hiesige Stelle, sein Nachfolger ist der Abteilungsarzt W. Griese, bisher an der Heil- und Pflege-Anstalt zu Eickelborn.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenaufnahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 15. 12. Juli **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Ein Fall von subakuter Psychose nach Schädeltrauma. Von Dr. Fr. Uhlmann, Schussenried. (S. 181.) — Mitteilungen (S. 187): Demon trationen über experimentelle Syphilis des Nervensystems. Die Neißer-Pollaksche Hirnpunktion bei der Diagnose der Paralyse. Das Königl. Pflegerhaus zu Hochweitzschen. Königsberg i. Pr. Die Psychiatrie in der Presse. — Personalnachrichten (S. 190).

Aus der Kgl. Heilanstalt Schus enried (Wrttbg.). Direktor: Medizinalrat Dr. Groß.

Ein Fall von subakuter Psychose nach Schädeltrauma.

Von Dr. **Fr. Uhlmann.**

Es ist eine auffallende Erscheinung, wie relativ selten nach traumatischen Schädigungen des Gehirns nachhaltige psychische Störungen eintreten, so daß sie nur ganz ausnahmsweise dem Psychiater zu Gesicht kommen.

Schädelverletzungen sind ja naturgemäß kein seltenes Vorkommnis, und in vielen Fällen wird sicherlich das Gehirn stark in Mitleidenschaft gezogen. Es kann dabei häufig zu akuten psychischen Störungen kommen, die aber meist so flüchtig sind, daß sie entweder nach ganz kurzer Dauer in den normalen Zustand übergehen oder aber mit dem Tode abschließen.

Die häufigste traumatische Hirnschädigung ist entschieden die Commotio cerebri, Hirnerschütterung, welche sich charakterisiert durch eine mehr oder weniger stark ausgesprochene Trübung des Bewußtseins, in seinen Stufen gehend vom leichten Gefühl des Eingenommenseins bis zu völliger comatöser Bewußtlosigkeit. Der Übergang dieser Erscheinungen ins Normale ist meist ein ziemlich plötzlicher, und lassen sich weitere psychische Störungen nur selten noch auffinden. Es mögen noch eine Reihe von Folgeerscheinungen mehr somatischer Natur, wie Kopfschmerz, Schwindelgefühl und leichte Ermüdbarkeit, mehr oder weniger lange nachdauern. Immerhin erscheinen in der Literatur von Zeit zu Zeit Berichte über nachdauernde psychische Störungen nach Kopftrauma. Das Krankheitsbild, das dabei konstatiert wurde, ist zwar von Fall zu Fall verschieden, weist aber doch eine Reihe typischer Erscheinungen auf. In schweren Fällen wurde nach der initialen Bewußtlosigkeit, welche oft tagelang andauern kann, große Unbesinnlichkeit, mangelnde Orientierung und Erschwerung der Auffassung konstatiert. Die Auffassung ist nicht nur verlangsamt, sondern kompliziertere Vorgänge werden nur unvollkommen oder gar nicht erfaßt. Die Krankheitseinsicht fehlt und meist auch das Gedächtnis über den Hergang des Unfalls. Das Gedächtnis kann oft retrograd erhebliche Lücken aufweisen; aber auch neue Eindrücke werden rasch vergessen. Es können konsekutiv Erinnerungstäuschungen und Konfabulationen auftreten. Die geistigen Leistungen sind fast ausnahmslos herabgesetzt, Rechnen erfolgt langsam und unsicher, fehlerhaft (wie ein unachtsamer Schüler), die Kranken sind zerstreut, leicht ablenkbar und leicht ermüdend, ihr Urteil ist geschwächt, exakte geistige Arbeit unmöglich.

Die Stimmung ist gehoben, selten traurig oder ängstlich. In Bewegungen unbeholfen, als ob sie recht träge wären. Die Sprache ist gestört, die Kranken verlieren den Zusammenhang, schweifen vom Thema ab, seltener sind Störungen der Artikulation. Beim Lesen werden vielfach Worte gelesen, die nicht da sind, und andere ausgelassen. Die Schrift zeigt besonders Auslassungen von Silben oder Wörtern oder auch Wiederholungen. Die Schriftzüge zeigen mehr oder weniger Ataxie.

Diese Erscheinungen können begleitet sein von allerlei somatischen Symptomen, wie Kopfschmerz, Schwindel, Ohnmachten, epileptoide Anfälle oder lokalisierbare Rindenerscheinungen in Form von Lähmungen oder Zuckungen. Andere Fälle ver-

laufen mehr nach dem Bilde eines Deliriums, das nach kurzer oder längerer Dauer verschwinden kann ohne Spuren zu hinterlassen, häufig aber schließen sich auch hier noch weitere nachdauernde Störungen an, wie ich sie oben geschildert. Ihr Gesamtzustand kann ein ganz anderer werden, sie sind nicht mehr wie früher.

Alle diese Erscheinungen können oft monatelang andauern, um dann nach und nach in Heilung überzugehen, selten bleiben Gedächtnislücken und Charaktereigentümlichkeiten, Reizbarkeit, mürrisches Wesen, geistige Schwäche zurück.

Das ist in kurzem das Bild, unter dem die meisten traumatischen Psychosen in der Literatur aufgeführt sind. Ich hatte nun Gelegenheit, einen nach verschiedenen Richtungen hin interessanten Fall dieser Art zu beobachten und möchte ihn einem weiteren Kreise nicht vorenthalten, denn den traumatischen Psychosen kommt ja in der Unfall- und Haftpflichtversicherungspraxis eine große Bedeutung zu.

Traumen spielen zwar in den Anamnesen als angebliche „Ursache" eine große Rolle, doch ist ihre Bedeutung als eigentliche Ursache sehr umstritten, und wird ihnen höchstens ein auslösendes Moment zugeschrieben. Die darauf einsetzenden Psychosen haben denn auch nichts Charakteristisches, während wir bei den eigentlichen traumatischen Psychosen ein mehr oder weniger typisches Krankheitsbild haben, dem einzelne Charakteristika nie fehlen.

Ich werde nun im folgenden die Anamnese, Krankheitsgeschichte und soviel wie möglich die Katamnese meines Falles in verkürzter und zusammengefaßter Form wiedergeben.

I. Anamnese.

J. R., 38 Jahre alt, verheiratet, von Beruf Stallschweizer, stammt angeblich aus einer Familie, wo Geistes- oder Nervenkrankheiten, Selbstmord oder Trunksucht nicht vorgekommen seien. Der Vater sei 38 Jahre alt an Magenkrebs gestorben, die Mutter lebt und ist 64 Jahre alt; hatte 5 Geschwister, wovon eines gestorben, alle seien gesund. Die Mutter sei „ein bißchen kindisch geworden" in den letzten Jahren. In der Schule soll er gut gelernt haben, so daß er bloß 6 Jahre in die Schule mußte. Sei nie krank gewesen, auch nie geschlechtskrank. Will auch kein Trinker gewesen sein, bloß 3 Liter Bier habe er täglich getrunken, das hätte er nicht gespürt. Wie wir nachträglich erfahren haben, soll er auch sonst dem Alkohol ziemlich huldigen, also keineswegs so ganz „gemäßigt" leben, wie er es hinstellen möchte. Absolvierte in ordentlicher Weise seinen Militärdienst, will nie gestraft worden sein und habe ein gutes Führungszeugnis erhalten. Seit 1905 verheiratet, hat 5 Kinder, welche gesund sind, seine Frau habe einmal einen Abort durchgemacht. Am 4. Oktober 1912 wollte er, mit dem Melken der Kühe beschäftigt, in den Stallgang treten, wobei er ausglitt und mit dem Hinterhaupt auf eine Betonleiste aufschlug, woran er sich noch erinnern könne. Es sei ihm schwarz vor den Augen geworden, konnte aber angeblich sofort wieder aufstehen und trug bloß eine Beule davon; er habe dann angeblich weiter gemolken und ohne aufzufallen seinen Dienst versehen. Anfänglich klagte er über heftige Schmerzen, die nach ca. 8 Tagen abklangen, er setzte weder die Arbeit aus noch suchte er einen Arzt auf. Erst am 25. Oktober blieb er auf Veranlassung seines Verwalters zu Hause und kam in Behandlung. Er selbst klagte über Schmerzen auf der Brust, ohne daß objektiv in dieser Beziehung etwas nachzuweisen gewesen wäre. Seine Frau und der Gutsverwalter, bei dem er im Dienst war, geben aber an, daß Pat. kurz nach dem Unfall am 4. Oktober dadurch aufgefallen sei, daß er vergeßlich wurde, sowie seine Arbeiten, die er vorher zur größten Zufriedenheit ausgeführt habe, sehr unpünktlich verrichtete, alles verkehrt machte. Auf Vorhalt sei der sonst als willig und ruhig bekannte Mann unwillig und aufgeregt geworden, auch zu Hause sei er aufgefallen, indem er nachts unruhig schlief und bei Tag oft lange vor sich hinbrütete, ohne etwas zu sprechen.

Er selbst gibt zu, es sei auch ihm aufgefallen, daß er so vergeßlich geworden sei, aber er wisse nicht, daß er seine Arbeit nicht richtig versehen habe, er habe auch keine Kopfschmerzen und keinen Schwindel.

Laut ärztlichem Zeugnis ergab die körperliche Untersuchung normalen Organbefund, normale Patellarreflexe und Pupillenreaktion, keine motorischen und keine Sensibilitätsstörungen, die Sprache soll immer etwas schleppend gewesen sein. In psychischer Beziehung war nicht viel aus dem Mann herauszubringen, weder Halluzinationen, noch Wahnideen, auch konnte von einer Störung des Orientierungsvermögens nichts gefunden werden. Auffallend dagegen war eine gewisse Gleichgültigkeit in der Auffassung seiner Situation, lachend gab er zu, daß er vergeßlich geworden sei. Auf Vorhalt seiner unordentlichen Arbeiten sagte er ebenfalls lachend, davon wisse er nichts.

Nach 10 Tagen machte er wieder den Versuch zu arbeiten, aber mit dem negativen Erfolg, daß er alsbald wieder von der Arbeit fortgeschickt

wurde, weil er beispielsweise die Milch wässerte, ohne doch selbst einen Vorteil davon zu haben, mit der Begründung, die Leute brauchen nicht soviel Milch, die sei ohnehin zu billig. Auch ließ er die Wasserleitung laufen, ohne zu wissen warum und ohne imstande zu sein den Hahnen zu schließen. Ferner kaufte er in der letzten Zeit alle möglichen unnötigen Gegenstände zusammen und drohte seiner Frau auf Vorhalt mit Erstechen. Vor 8 Tagen sollte er deshalb ins Krankenhaus und ging auch freiwillig mit, konnte sich aber keiner Hausordnung fügen und lief immer davon, zuletzt nur halb bekleidet, nachdem man ihm die Kleider weggenommen. Nachts war er einigemal unruhig, stand immer auf und lief herum. Am 18. November 1912 abends 9 Uhr wollte er zur Kirche gehen, weckte dann um ½10 Uhr die Knechte, sie sollen doch nach dem Vieh sehen, das nichts zu fressen habe u. dergl. Auf Vorhalt wollte er von dem allen nichts wissen. Die Nahrungsaufnahme war regelmäßig. Neigung zum Trinken bestand nicht. Da er überall die Neigung hatte fortzulaufen und zur Arbeit nicht zu gebrauchen war, wurde er unserer Anstalt überwiesen und am 19. November 1912 aufgenommen.

II. Status bei der Aufnahme.

1. Status somaticus.

Mittelgroße, etwas grazil gebaute Person, von mittlerem Ernährungszustand und etwas blasser Hautfarbe. Die inneren Organe zeigen normalen Befund, die somatischen Funktionen weisen nichts Besonderes auf. Im Urin weder Zucker noch Eiweiß. Muskulatur gut entwickelt, etwas schlaff. Gang langsam, etwas greisenhaft, nicht grob ataktisch. Ataxie der Hände bei Augenschluß vorhanden. Kein Tremor, kein deutlicher Romberg. Pupillen etwas weit, reagieren aber auf Licht und Konvergenz normal. Reflexe alle sehr deutlich, Kniereflexe etwas gesteigert. Kein Babinskyphänomen. Sensibilität zeigt für alle Qualitäten keine Störung. Stereognosie etwas verlangsamt, aber erhalten. Sprache schleppend (soll schon früher so gewesen sein.) Keine Artikulations- oder Phonationsstörungen. Die übrigen Sinnesorgane zeigen nichts Abnormes außer einer leichten Schwerhörigkeit, auf beiden Ohren gleich.

2. Status psychicus.

Steht mit gleichgültigem Gesicht auf der Abteilung herum, fast stets am selben Ort. Auf Anreden spricht er geordnet, aber mit monotoner Stimme, oft kann er in sonst geläufig gesprochenem Satz ein einzelnes Wort nicht aussprechen (sensorische Störung), sonstige aphasische Störungen nicht nachweisbar. Patient hat unklare Krankheitseinsicht, d. h. er gibt zu, durch den Unfall gelitten zu haben, jetzt sei aber alles wieder gut. Für Ort und Verhältnisse ist die Orientierung gut, weiß wo er ist und warum er da ist. Den Hergang des Unfalles sowie seine Anamnese erzählt er nicht spontan, sondern es muß alles aus ihm herausgeholt werden, wobei er bei Zeitangaben, besonders um das kritische Datum herum, unsicher ist, den Tag des Unfalls kennt er nicht, bestreitet, seinen Dienst nicht wie früher getan zu haben, will nichts wissen vom Milchwässern u. a. m., er kann es nicht glauben, daß er so etwas getan habe. Detailsachen seit dem Unfall sind nicht in seinem Gedächtnis haften geblieben, grobe Begebenheiten, wie Spitalaufenthalt weiß er, hält sich für völlig gesund und arbeitsfähig. Lesen geht mühsam und fehlerhaft, doch ist dies mehr auf Ungewohnheit zurückzuführen als auf nervöse Störungen. Kleine Kopfrechnungen gelingen auffallend rasch, große machen Schwierigkeiten. Die grobe Intelligenz ist ziemlich erhalten, Schulkenntnisse spärlich, doch dem Bildungsgrad entsprechend. Das Gedächtnis scheint nur für die Zeit seit dem Unfall gelitten zu haben. Neue Eindrücke werden rasch vergessen (frägt oft kurz nacheinander dasselbe).

Über seinen Unfall, die Schädigung und seine Einweisung spricht er in gleichgültigem, oft von Lächeln begleitetem Ton. Er will arbeitsfähig sein und verlangt nach Beschäftigung, arbeitet dabei aber im Hause nicht, läuft davon, erscheint ganz apathisch, bekümmert sich um nichts, liest keine Zeitung oder sonstige Lektüre. Er scheint mit seinen Gedanken immer anderwärts zu sein. Gesichtsausdruck zeigt schlaffe Züge, erwartenden, oft mehr ängstlichen oder dann wieder mehr euphorischen, lächelnden Ausdruck.

III. Krankheitsgeschichte.

19. November 1912. Wird Nachmittag aus dem Spital in Aulendorf in die Anstalt verbracht und findet zunächst auf der Wachabteilung Aufnahme. Ist orientiert und gibt ohne weiteres Auskunft. Dabei fällt sein ganz moroses, stumpfes und teilnahmsloses Gebaren auf. Obwohl der Pat. erklärt, jetzt ganz gesund zu sein, findet er doch offenbar gar nichts dahinter, daß man ihn in die Anstalt verbracht hat, sondern lächelt nur stumpfsinnig vor sich hin, ohne Fragen oder Widerstreben kommt er jeder Anordnung nach. Es scheint ihn lediglich nichts zu wundern.

20. November. Dasselbe apathisch-morose Wesen. Schläft gut, ißt spontan, hält sich reinlich. Tritt spontan nicht aus sich heraus, verkehrt mit seiner Umgebung nicht. Verlangt heute ohne Affektbetonung seine Kleider und Zigarren.

21. November. Durfte heute aufstehen. Kaum im Garten, begibt er sich wieder zu Bett und meint, nach dem Grund gefragt, lachend, er habe genug. Später äußerte er, er werde morgen fortkommen, es fehle ihm ja nichts.

22. November. Unverändert gleichmütig, öfter blöde lächelnd. Verträglich, aber nicht gesellig.

23. November. Gibt heute seine ausführliche Anamnese an, wobei er oft hinzusetzt: „so genau weiß ich das nicht mehr", hält sich für gesund. Vergeßlichkeit bestreitet er. Auf die Frage, an was er vorher gelitten habe: „Am Herz hab ich gemeint, ich hab ein bißchen Weh, das ist aber nicht gefährlich gewesen."

25. November. Seine Angaben ändern sich nicht wesentlich gegen früher, er bestreitet aber ziemlich alles Krankhafte und zeigt überall große Unsicherheit in seiner Zeitrechnung; was aus den folgenden Angaben hervorgeht.

Patient weiß noch, was er gestern gefragt wurde. Habe anfänglich geglaubt Unfallsfolgen zu spüren, da sei aber jetzt nichts mehr davon da, das sei alles vorbei.

Bestreitet Wasser in die Milch getan zu haben, davon habe er keinen Nutzen; ferner daß er im Spital aufgestanden sei, um fortzugehen, daß er einmal auch ohne Kleider fortgewollt: „Da kann ich mich nichts erinnern."

Der Unfall sei vor 4 Wochen passiert, das genaue Datum wisse er nicht mehr. Auf Vorhalt, es sei schon etwas länger her: „Nein länger ist es nicht."

Die Kopfschmerzen hätten nur zwei Tage angehalten und seien seither nicht mehr gekommen. Schwindel habe er überhaupt nie gehabt, das Bewußtsein nie verloren. Nachher habe er sich sofort an den Unfall erinnert, das Gedächtnis sei ihm für nichts ausgeblieben. Auch das Denken gehe noch wie früher, er spüre keine geistige Ermüdbarkeit und Reizbarkeit. Gegen Lärm und Geräusche sei er nicht empfindlich. Rauchen und Trinken rege ihn nicht auf, er rauche auch wenig.

Seine Frau habe ihn schon besucht und es gehe nun besser mit ihm.

26. November. Ist von einem andern Kranken geschlagen worden, ohne daß er dies übel genommen hätte. Zeigt sich sehr arbeitsunlustig, läuft weg, wenn man ihn beschäftigen will. Lacht dement, euphorisch, wenn man ihn anredet. Bringt bisweilen affektlos vor, daß er „morgen" wieder heimgehen werde.

28. November. Behauptet heute einen Brief von seiner Frau erhalten zu haben, woran nichts Wahres ist. Dem Wärter erklärt er, er sei zum Arzt aufs Büro gegangen und habe den Brief bei ihm geholt, was gleichfalls erfunden ist.

30. November. Wünschte heute seiner Frau zu schreiben und verfaßt nachstehenden Brief (Fig. 1). Derselbe lautet:

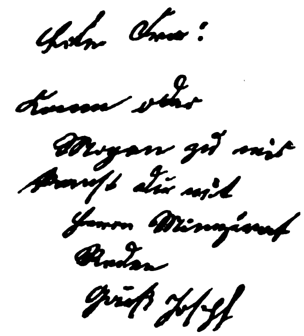


Fig. 1.

„Komm oder Morgen zu mir kanst Du mit Herrn Mänizirat Reden Gruß Joseph," und sollte heißen: „Komme heute oder morgen zu mir, dann kannst Du mit Herrn Medizinalrat reden. Gruß Joseph."

5. Dezember. Zeigt keine wesentlichen Änderungen, ist immer noch recht unbeholfen und teilnahmslos, ist zufrieden und verlangt zur Arbeit zu kommen, worauf er mit den andern ausrücken darf.

16. Dezember. Hat seither immer fleißig gearbeitet und scheint etwas regsamer zu werden, liest öfters in der Zeitung und kann den Inhalt des Gelesenen wiedergeben. Aphatische Störungen konnten nicht mehr nachgewiesen werden. Das Gedächtnis ist noch immer in fast gleicher Weise gestört, doch gibt er jetzt zu, vergeßlich zu sein, er hat auch sonst etwas Krankheitseinsicht, seine Nerven seien halt etwas erschüttert worden. An seine krankhaften Handlungen will er keine Erinnerung haben. Schlaf und Appetit gut.

18. Dezember. Wird zusehends beweglicher und rühriger, ist aber immer noch recht zerfahren, kann sich nicht recht konzentrieren, läuft heute draußen von der Arbeit weg, ohne daß er einen Grund anzugeben weiß, bleibt deshalb auf der Abteilung.

26. Dezember. Krankheitseinsicht nimmt zu, auch die Erinnerung an verschiedene Details kehrt zurück, weiß daß er im Spital nackt hat fortlaufen wollen. Er könne gar nicht verstehen, wie er das habe tun können. Sein Gesicht bekommt wieder mehr Charakter, der Gang ist elastisch und stram-

mer geworden, ataktische Störungen sind nicht mehr zu finden.

1913. 3. Januar. Arbeitet wieder fleißig, bleibt bei seiner Beschäftigung, wird zusehends regsamer, er antwortet rasch und spontan weiterfahrend mit mehr Affekt und Nüanzierung, hat Sehnsucht nach Frau und Kinder, wünscht entlassen zu werden. Krankheitseinsicht vorhanden.

Das Gedächtnis für die verkehrten Handlungen vor seiner Einweisung ist nur zum Teil zurückgekehrt, einige werden noch jetzt bestritten, so die Milchwässerung, er wisse wenigstens nichts davon. Er schreibt heut nachfolgenden Lebenslauf, der die früheren Störungen noch deutlich aufweist und im krassen Widerspruch steht mit seiner Sprache, welche nichts Auffallendes mehr hat, außer dem angeblich schon früher bestandenen Schleppen (Fig. 2).

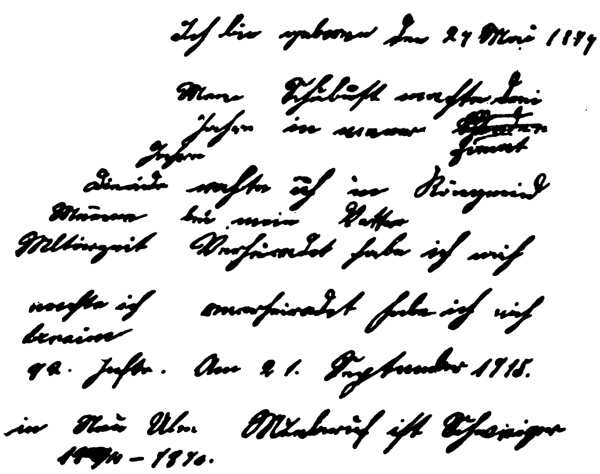


Fig. 2.

Dieser soll heißen: „Ich bin geboren den 24. Mai 1874. Meine Schulzeit machte ich 3 Jahre in meiner Heimat, die andern machte ich in Köngeried bei meinem Vetter. Verheiratet habe ich mich am 21. September 1915. Mein Beruf ist Schweizer. Meine Militärzeit machte ich beim 22. Infanterieregiment in Neuulm 1894—1896."

9. Januar. Hat sich noch weiter verbessert, so daß eigentlich nur wenig an ihm zu bemerken ist. Auffallend ist die noch restierende Verlangsamung der Auffassung und die kaum veränderte Erinnerungslücke. Er wird heute als „geheilt" entlassen.

I. Vorstellung zwecks Begutachtung.

16. Januar. Erscheint normal. Erinnerungslücken noch spurweise vorhanden. Der Verwalter äußert sich über seinen Dienst, daß es ganz gut gehe, daß er aber noch nicht so sei wie früher, man könne ihm noch nicht jede Arbeit anvertrauen. Seine Frau will nichts mehr an ihm bemerken. Er selbst hält sich für gesund.

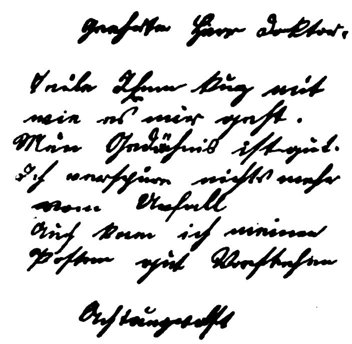


Fig. 3.

2. Februar. Schreibt folgenden Brief (Fig. 3), der immer noch leichte Störungen zeigt, aber lange nicht mehr so schwer wie früher.

IV. Zusammenfassung.

Bei dem erblich nicht belasteten, bis dahin gesunden R. stellen sich im Anschluß an einen erlittenen Unfall (Fall auf den Hinterkopf) psychische und somatische Störungen ein. Angeblich ohne ursprüngliche Störung des Bewußtseins zeigt sich nach der Latenz von ca. 8 Tagen eine Veränderung des Charakters. Gereiztheit, Mangel an Arbeitslust, Gleichgültigkeit, verwirrte Handlungen, Schlaflosigkeit, leichte Ablenkbarkeit traten immer mehr zutage, bis Arbeitsunfähigkeit auftrat. Dann Neigung zum Weglaufen, zunehmende Apathie, Sorglosigkeit, Euphorie. Nach dem Unfall sollen einige Tage Kopfschmerz und Schwindel bestanden haben, welche dann verschwanden.

In der Anstalt wird bei der Aufnahme neben obigen psychischen Störungen noch eine Reihe anderer gefunden nebst somatischen. Ausgesprochene Gedächtnisstörungen und Vergeßlichkeit, mangelhafte zeitliche Orientierung, Herabsetzung der Intelligenz, verlangsamtes und erschwertes Auffassungsvermögen, geistige Trägheit und Stumpfheit, Mangel jeder Initiative, Affektlosigkeit, außerdem bestanden leichtgradige Ataxie der Arme und Beine, Spuren sensorischer Aphasie mit stark schleppender Sprache, auffallende Schreibstörungen mit ataktischen Schriftzügen, Auslassungen, fehlerhafte Satzbildung, Zusammenhangslosigkeit. In den Wörtern sind Buchstaben oder Silben weggelassen oder sind falsche Buchstaben da. Es handelt sich offenbar um verschiedene Komponenten, welche mitwirken.

Im Verlauf von etwas mehr als zwei Monaten verschwanden diese Erscheinungen fast vollständig, es blieben zurück bloß einige geringe Gedächtnislücken und die Paragraphie der Schrift in geringem Grade. Halluzinationen oder Wahnvorstellungen ließen sich nie nachweisen, dagegen vorübergehend Konfabulationen.

V. Differentialdiagnose.

Die große Schwierigkeit bei derartigen Fällen liegt darin, den ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Psychose zweifellos festzustellen. Es gilt zuerst alle anderen Möglichkeiten auszuschließen und nachzuweisen, daß das Krankheitsbild übereinstimmt mit denjenigen Fällen, deren Provenienz über alle Zweifel erhaben ist.

Differentialdiagnostisch zu unserem Falle käme in Betracht: Progressive Paralyse, Arteriosklerose, Korsakow und Schizophrenie. Wir wissen, daß gerade Paralysen nicht selten durch Traumen zum Ausbruch gebracht werden können, während sie oft lange vorher nur latent bestanden haben. Eine exakte Exklusio wäre nur durch Wassermann möglich, doch haben wir eine Reihe von Erscheinungen, welche eine Paralyse ziemlich sicher ausschließen lassen. Das Fehlen einer durchgemachten Lues in der Anamnese ist allerdings nicht maßgebend. Der Kranke ist in einer ländlichen Gegend aufgewachsen, was zwar wenig sagen will und bestreitet auf das entschiedenste, je geschlechtskrank gewesen zu sein. Er verkehrte nur mit seiner Frau. Ferner fehlen typische somatische Erscheinungen, wie Fehlen der Pupillenreaktion und Veränderung der Reflexe. Artikulatorische Sprachstörungen fehlten, ebenso jede Art von Wahnvorstellungen. Zudem war der Charakter der Erkrankung nicht progressiver Natur, sondern ging in Heilung über. Wir könnten es zwar mit einer Remission zu tun haben, doch halte ich auch dies für ziemlich ausgeschlossen. Um ziemlich sicher zu sein, mußten wir die Wassermannsche Reaktion machen, diese wurde aber vom Patient verweigert.

Gegen Korsakow spricht in erster Linie der Verlauf, das Fehlen von wichtigen Erinnerungslücken, zahlreicher Konfabulationen und Erinnerungstäuschungen, die gute Orientierung sowie das Fehlen neuritischer Erscheinungen.

Das ganze Krankheitsbild stimmt auch nicht mit anderen alkoholischen Störungen überein, wenn man auch zugeben muß, daß es das Erscheinungsbild der Störung beeinflußt haben kann.

Bei Arteriosklerose des Gehirns können wir manchmal ähnliche Zustandsbilder erhalten, doch sprechen in unserem Fall dagegen das Alter, der ziemlich akute Beginn und relativ rasche Verschwinden sowie das Fehlen nachweisbarer Arteriosklerose im übrigen Körper.

Dementia praecox ist ziemlich sicher auszuschließen, vor allem durch das Fehlen jeder Wahnvorstellung oder Halluzination oder hypochondrischer Beschwerden, und dann besonders durch das Vorhandensein somatischer Störungen.

Es wäre schließlich auch noch an Hirntumor zu denken, doch schließt der Verlauf diese Diagnose sofort aus. Während wir so auf der einen Seite mit ziemlicher Sicherheit eine andere Erkrankung ausschließen können, haben wir gesehen, daß unser Krankheitsbild gut hineinpaßt in die Symptomatologie der traumatischen Psychosen. Auffallend ist nur das späte subakute Einsetzen der Erscheinungen und die lange Persistenz der agraphischen Störungen, welche ursprünglich auch mit aphasischen Spuren verbunden waren. Das Vorhandensein von somatischen Erscheinungen und das so typische Krankheitsbild bald nach dem Unfall können keinen Verdacht auf Simulation aufkommen lassen.

Es besteht sicherlich kein Zweifel, daß wir es in erster Linie mit Reizungen und sonstigen motorischen Störungen, also molekulären Veränderungen im Zentralnervensystem zu tun haben, und da wir alle andern ausschließen können, so kommt wohl als Diagnose nur in Frage, die traumatische Psychose nach Hirntrauma, Fall auf den Hinterkopf.

Damit ist natürlich der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Unfall und der psychischen Störung zugegeben, und es wird eine Unfallversicherung haftbar gemacht werden.

Die Frage, ob eine absolute Restitutio ad integrum zu erwarten sei, ist momentan schwer zu beantworten; denn obschon der größte Teil der Erscheinungen verschwunden ist, so wäre es dennoch denkbar, daß gewisse Störungen Defekte zurückbleiben könnten. Auf alle Fälle kann man darüber erst nach Monaten urteilen. Immerhin glauben wir annehmen zu dürfen, daß der Fall einen günstigen Verlauf nehme und schließlich auch die jetzigen Spuren sich noch verlieren werden.

Der vorliegende Fall ist tatsächlich auch in dieser Beziehung begutachtet worden, indem das Trauma als Ursache anerkannt und die Prognose als eine günstige bezeichnet wurde. Nach der Entlassung wurde noch eine verminderte Arbeitsfähigkeit von 15 Proz. angenommen, die aber auch bald verschwinden dürfte.

Ich bin mir nun auch bewußt, daß ich mit der Publikation des vorliegenden Falles nicht wesentlich Neues bringe, aber da es mir in verschiedenen Beziehungen interessant erschien, habe ich es doch gewagt. Auffallend war vor allem, das subakute Auftreten der wichtigsten Störungen nach einer ge-

wissen Inkubationszeit, sodann die Schrift- und Sprachstörungen, die Veränderung des Charakters und die vorübergehenden beträchtlichen Intelligenzdefekte. In wie weit der Alkoholismus das ganze Bild beeinflußt hat, läßt sich schwer abgrenzen und vielleicht ist der leichte deliröse Zustand im Anfang der Erkrankung darauf zurückzuführen.

Nachtrag vom 10. Juli 1913. Nachdem der vorliegende Aufsatz bereits in Druck war, erhielt ich Nachricht, daß obgenannter Patient noch nicht geheilt ist, sondern immer noch Defekte aufweist besonders in Bezug auf Intelligenz. Er mußte seine frühere Stellung verlassen, da er die Arbeit nicht mehr so peinlich und geschickt besorgte und auch in seiner 2. Stellung konnte er nicht lange bleiben, da er sich gegen früher als ungeschickt erwies und sogar zeitweise ziemlich erregt und verwirrt wurde. Inwieweit hier wieder der Alkohol schuld ist, war mir nicht möglich zu erfahren, ich glaube aber, daß er eine wesentliche Rolle gespielt hat.

Mitteilungen.

— **Demonstrationen über experimentelle Syphilis des Nervensystems.** In der Sitzung des Hamburger Ärztlichen Vereins vom 3. Juni 1913 machten Prof. W. Weygandt, Direktor der Hamburgischen Staatsirrenanstalt, und Dr. Jacob Mitteilung von dem Ergebnis ihrer Untersuchungen über experimentelle Syphilis des Nervensystems. Im folgenden geben wir den Bericht der „Hamburger Ärztekorrespondenz", Nr. 23, 1913, wieder:

Prof. Weygandt: Die Erfolge der Tierimpfung mit Spirochaete pallida erheischen auch eine Prüfung der Frage, inwieweit das tierische Nervensystem dadurch beeinflußt werden kann. Von vornherein war nicht ohne weiteres ein bestimmter Einfluß zu erwarten. Zunächst boten sich drei Wege dar: 1. Kommt bei Tieren mit schwerer Allgemein-Infektion auch eine Erkrankung des Nervensystems in Betracht? 2. Läßt sich eine Impfung direkt in das Nervensystem vornehmen? 3. Ist vielleicht bei anderweitiger lokalisierter Impfinfektion doch das Zentralnervensystem durch sekundäre Schädlichkeiten, wie Trauma, Alkohol usw., in Mitleidenschaft zu ziehen? Neben Kaninchen erschienen auch Affen als Versuchstiere empfehlenswert, besonders wegen der wenn auch fernen Perspektive, hier auch eine etwaige Affektion der Psyche beobachten zu können.

Seit mehreren Jahren wurden seitens der Irrenanstalt Friedrichsberg Versuche vorbereitet und auch für gut akklimatisierte Affen, besonders Rhesus, gesorgt. Seit dem Herbst vorigen Jahres konnten wir durch das dankenswerte Entgegenkommen von Herrn Dr. Grätz, der sich schon längere Zeit vorher mit dem Studium der experimentellen Tiersyphilis beschäftigte, der Durchführung der Versuche nähertreten. Zunächst handelte es sich um folgende Serien: 1. Untersuchung der im Hygienischen Institut (Dr. Grätz) zwecks Studiums der Syphilis geimpften Tiere in bezug auf etwaige Befunde im Zentralnervensystem; 2. intratestikuläre Impfung von Kaninchen durch Emulsion oder Substanzstücke eines syphilitischen Kaninchenhodens; 3. intravenöse Impfung jener Emulsion; 4. Impfung von Substanz oder Emulsion syphilitischer Kaninchenhoden in die Hoden von Affen; 5. Lumbalinjektion der Emulsion beim Affen; 6. Injektion der Emulsion in die Hirnrinde bei trepanierten Affen. Die Versuchstiere zeigten bisher nur zum Teil positive Ergebnisse. Todesfälle waren auch bei den Kaninchen mit intravenöser Injektion selten. Neben der Lokalaffektion am geimpften Hoden war klinisch besonders zu konstatieren: 1. Zurückbleiben im Gesamtwachstum beim Kaninchen; 2. Paraparese mit Steigerung und Differenz der Patellarreflexe beim Kaninchen; 3. eine leichte Differenz der Pupillen, sowie eine Differenz der Patellarreflexe beim trepanierten Affen. Die Trepanation war frontal rechts ausgeführt worden, aber am stärksten war nicht der linke, sondern der rechte Patellarreflex. Das zweite Kaninchen und der Affe werden demonstriert.

Neuerdings hat Steiner das Nervensystem mehrerer von Uhlenhut und Mulzer geimpfter Kaninchen untersucht und dabei vorwiegend Gefäßveränderungen, adventitielle Infiltration, besonders Mast- und Plasmazellen, seltener Lymphozyten, gefunden. Ferner auch ähnliche Erscheinungen an den bindegewebigen Hüllen des Rückenmarks und der abgehenden Nerven. Seltener fand sich die Nissl-Zeichnung von Nervenzellen verändert, sowie Vermehrung der Gliatrabantzellen.

Die von uns untersuchten Kaninchen zeigten ähnliche Befunde, zum Teil aber auch noch anderweitige Veränderungen. Neben Infiltration der Pia und der von ihr einstrahlenden Gefässe, vor allem mit reichlich Plasmazellen, fanden sich auch Gliawucherungen, unter Pigmentanhäufung, ferner Zellansammlungen am Zentralkanal und seiner Umgebung und schließlich auch syphilomartige Gebilde mit auf Abbau und Zerfall hindeutenden Erscheinungen im Innern.

Dr. Jacob demonstrierte dann an der Hand von Mikrophotogrammen die wesentlichsten histopathologischen Befunde im Nervensystem der mit Spirochätenmaterial in den Hoden oder intravenös geimpften Kaninchen.

1. Die Infiltration der Pia des Großhirns mit Plasmazellen und Lymphozyten.

2. Die gleichen infiltrativen Erscheinungen (noch hochgradiger) in der Pia des Sulcus zwischen Hirnhemisphären und Mittelhirn mit Infiltration der in den an die Pia angrenzenden Randzonen des Nervensystems gelegenen Gefäße.

3. Stellenweises Übergreifen der Infiltrationszellen auf das Nervengewebe, hier deutliche Gliawucherung, namentlich um endarteritisch veränderte und mit Plasmazellen besetzte Gefäße.

4. Infiltration der Pia in der ganzen Zirkumferenz des Brustmarks, namentlich am hinteren Sulkus, Infiltration des Epi- und Perineuriums der austretenden Nerven, Erweiterung des Zentralkanals mit Ansammlung von entzündlichen Zellelementen (auch Leukozyten).

5. Auswandern der entzündlichen Zellelemente aus dem Zentralkanal in die Umgebung, Eindringen eines

polynukleären Leukozyten in eine akut veränderte Vorderhornganglienzelle.

6. Infiltration des Peri- und stellenweise auch des Endoneuriums der peripheren Nerven (Nervus ischiadicus) mit Plasmazellen und Lymphozyten.

7. Einen Granulationsherd von dem Charakter eines Tumors in der Großhirnrinde; im Zentrum aus epitheloiden, stellenweise zu mehrkernigen Riesenzellen verbundenen Zellen und Abbauelementen bestehend, bildet die Peripherie des Herdes ein dichter Wall von Plasmazellen, die sich besonders reichlich in den Gefäßscheiden der hier zahlreich vorhandenen Gefäße finden. Die aus dem Herde ausstrahlenden und in der Umgebung des Herdes gelegenen Gefäße sind mit Plasmazellen besetzt. In der Umgebung ist die Glia deutlich gewuchert.

Schließlich werden noch in mehreren Diapositiven herdförmige Störungen der Großhirnrinde gezeigt, die von mit Plasmazellen reichlich infiltrierten Gefäßen ihren Ausgang nehmen, zu stellenweiser Auswanderung der entzündlichen Gefäßelemente ins Nervengewebe geführt haben und zum Teil mit starker Lipoidpigmentanhäufung einhergehen. In der Umgebung solcher Herde werden proliferative und degenerative Vorgänge im Nervenparenchym deutlich.

Alle diese Befunde haben das Gemeinsame, daß es sich dabei um schwere entzündliche Erscheinungen handelt, die in den Gefäßen und den mesodermalen Hüllen des Nervensystems ihre ursprüngliche Lokalisation finden und von da aus mehr oder weniger das Nervensystem selbst in Mitleidenschaft ziehen.

— **Die Neißer-Pollak'sche Hirnpunktion bei der Diagnose der Paralyse.** Da diese Methode der Hirnpunktion für die Psychiatrie größere Bedeutung gewonnen hat, seitdem es Forster und Tomasczewski[1]) gelungen ist, in frischem Gehirnmaterial von lebenden Paralytikern Spirochäten nachzuweisen, so sei hier die Darstellung der Methode mitgeteilt, wie sie E. Neißer selbst im Handbuch der Speziellen Neurologie von Lewandowski, Verlag von Springer, Berlin, Bd. II, im Artikel: Hirnpunktion schildert:

„Zur Hirnpunktion dient der von Neißer und Pollak beschriebene elektromotorisch betriebene glatte und feine Bohrmeißel. (B. B. Cassel, Frankfurt a. M. liefert Bohrer und Nadel nach Angaben von Neißer und Pollak.) Der Bohrer mißt 2,25 mm an seiner Schneide, von seiner Form und Glätte hängt ganz wesentlich Schnelligkeit und Schmerzlosigkeit der Punktion ab. Betrieben wird der Bohrer von einem der neueren Elektromotoren, wie sie heute zu den mannigfachsten klinischen Zwecken geliefert werden. Zweckmäßig ist ein solcher von 2400 Umdrehungen, anscheinend genügt auch ein solcher von 1800 Umdrehungen.

In der Haltung, wie sie auf Abb. 217 ersichtlich, wird der Hirnbohrer, nachdem der Motor angelassen ist und volle Geschwindigkeit erreicht hat, durch Haut, Weichteile und Knochen in einem Akt hindurchgeführt und, sobald der knöcherne Widerstand nachläßt, in gleicher Weise, also während der Motor in vollem Gange ist, zurückgezogen. (Man kann auch nach Durchbohrung des Knochens den Motor abstellen und den Bohrer mit der Hand entfernen. Ich ziehe ersteres Verfahren vor und habe es bewährt gefunden). Der ganze Vorgang ist in wenigen Sekunden erledigt.

Die Dura wird bei solchem Vorgehen in der Regel nicht verletzt. Wer sich hiervon überzeugen will, braucht nur statt der spitzen eine senkrecht abgeschnittene Nadel oder auch einen Stahlmandrin in das Bohrloch einzuführen, die Durchbohrung der unverletzten Dura mittelst desselben gibt sich dann durch einen deutlichen kleinen Knacks zu erkennen. Instrumente wie sie früher vielfach angegeben sind, um das Hineingleiten in das Gehirn durch die Dura hindurch zu verhüten, sind bei der Anwendung des Elektromotors und des glatten Bohrers durchaus überflüssig; auch wo etwa die Dura beim Bohren verletzt werden sollte, hat dies keine Bedeutung, da die hierdurch bewirkte oberflächliche Bohrverletzung des Gehirns nicht anders zu bewerten ist, als die durch nachherige Einführung der Nadel bewirkte.

Es folgt der zweite Akt der Punktion, die Einführung der Nadel. Die von Neißer und Pollak angegebene Punktionsnadel aus Stahl, innen vernickelt, oder auch solche aus Platiniridium, wie sie Peiffer anwendet, mit konisch zulaufendem Ansatz, durch den eine Stahlborste bequem durchzuführen geht, mit glatter Spitze, soll nicht dicker sein als 1 mm. Zur Verwendung kommen ganz spitze, sowie mehr oder weniger abgestumpfte, schließlich auch senkrecht zur Achse abgeschnittene Nadeln. Die Metallborste muß trotz ihrer Feinheit stark genug sein, um beim ev. Einführen nicht einzuknicken. Die Länge der Nadel soll so bemessen sein, daß man die ev. nötige Tiefe im Gehirn bequem erreichen kann, also ca. 7 bis höchstens 10 cm inkl. Ansatz. Wo man Hirnsubstanz gewinnen will, bewähren sich kürzere Nadeln besser, weil man bei der Ansaugung größere Kraft entfalten kann. Man führt die Nadel, mit der Metallborste versehen, ein, entfernt die Borste, sobald man fühlt, daß man den Schädel passiert hat, setzt die Spritze auf und dringt nur in kurzen vorsichtigen Etappen tiefer ein, indem man jedesmal beim Tiefergehen ansaugt. Die verwendete Spritze muß vorzüglich federn, gut in die Kanüle passen. Wir verwenden gewöhnlich sehr gut gearbeitete Glasspritzen mit Metallfassung und Gummistempel, wenn stärker gesaugt werden muß, eine Rekordspritze von 2 bezw. 5 ccm Inhalt.

Die Anwendung der Narkose ist, wenn man sich an die hier beschriebenen Vorschriften hält, in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle vollkommen überflüssig, schon wegen der außerordentlich kurzen Dauer der ev. schmerzhaften Vornahme. Die Anwendung des Elektromotors und des glatten feinen Bohrers setzt die Schmerzhaftigkeit auf ein äußerst geringes Maß herab. An einigen Stellen des Kopfes, über der Schläfenschuppe und der hinteren Schädelgrube, ist die Punktion schmerzhafter als an anderen Stellen, auf dem ganzen Oberkopf ist sie sehr gering. Bei sehr empfindlichen und ängstlichen Patienten wird man wohl einmal leicht

[1]) Diese Wochenschrift, S. 175.

annarkotisieren, bei halbkomatösen, stark pressenden Patienten kann auch einmal eine Vollnarkose zweckmäßig sein.

Auch die Anwendung lokaler Anästhesie ist vielfach durchaus nicht notwendig, sie verlegt den Schmerz vom Augenblick des Punktierens nur auf einen späteren Zeitpunkt, wo, wie bekannt, der Nachschmerz häufig recht unangenehm und anhaltend ist. Immerhin ist die lokale Anästhesie vielfach für Arzt und Patienten ein erwünschtes Mittel zur Minderung der augenblicklichen Erregung oder des Schmerzes. Sie kann aber noch einen anderen Zwecke dienen. An Stellen mit dicker Muskulatur, z. B. über dem Kleinhirn, macht es nicht selten Schwierigkeiten, mit der Nadel den Bohrkanal zu finden, nicht bloß, weil sich die Haut über dem Schädelkanal verschiebt, sondern auch, weil sich die durchstochenen Muskeln unregelmäßig gegeneinander verschieben.

Es kann unter Umständen einmal recht lange dauern, bis der Punktierende, mit der Nadel durch den Weichteilkanal hindurchtastend, das erwünschte Gefühl hat, nun in den Schädelkanal hineinzufallen. Dabei erregt man natürlich auch Schmerz, und die Leichtigkeit und Eleganz der Methode wird beeinträchtigt, wenn auch schließlich nur in den allerseltensten Fällen die Anlegung eines neuen Bohrkanals nötig wird. Ein absolut bewährtes Hilfsmittel gegen solche kleinen Vorkommnisse gibt es nicht, wohl aber kann hier eine planmäßige lokale Anästhesie nützlich sein, wenn man nämlich möglichst in die Tiefe hinein den Spray wirken läßt und dadurch Haut, Unterhaut und Muskulatur für einen Moment erstarren läßt. Auch noch einige kleine andere Handgriffe sind hier von Nutzen. Ich empfehle, in folgender Weise vorzugehen: Nachdem die Stelle des Bohrloches markiert ist, wird ein steriles Gazetuch mit einem runden Ausschnitt von ca. 10 cm Durchmesser so auf den Schädel gelegt, daß der markierte Bohrpunkt das Zentrum des Kreises bildet. Die assistierenden Hände fassen so zu bezw. fixieren mit der Gaze den Kopf möglichst so, daß die Weichteile während der nun folgenden Punktion sich möglichst wenig verschieben. Man richtet einen Äthylspray auf die Bohrstelle und läßt zweckmäßig einen zweiten Spray von einer anderen Hand in der Peripherie, also einige Zentimeter vom Bohrpunkt entfernt, langsam um diesen herum kreisen. In dem Augenblick, wo die Bohrung beginnt, hält eine andere Hand ein Metallstäbchen oder etwas ähnliches genau parallel zur Bohrrichtung auf den Schädel und hält dies Stäbchen unverrückt fest, nachdem der Bohrer entfernt ist. Es muß ferner die Bohrnadel sofort bereit sein, ebenso ein Tupferchen, mit dem man den ersten Blutstropfen rasch fortnimmt, damit man sogleich, ehe noch Verschiebung der Weichteile stattfindet, in den Bohrkanal hineindringen kann. Auf diese Weise wird man auch an den schwierigeren Stellen in der Regel den Bohrkanal ohne langes Suchen finden. Die kleine Bohröffnung wird mit etwas steriler Gaze und einem Heftpflaster verschlossen, und es kann nun, wenn nötig, eine weitere Hirnpunktion sogleich angeschlossen werden. Infektionen durch den Bohrkanal kommen niemals vor. Ich würde aber nicht empfehlen, die gleiche Bohröffnung, wenn sie erst 24 Stunden alt ist, nochmals wieder zu benutzen, es hat auch kaum einen großen Wert, da es nach dieser Zeit meist Schwierigkeiten machen wird, durch den alten Bohrpunkt den Schädelkanal zu finden. Will man also wieder punktieren, so lege man eine neue Punktionsöffnung an.

Abweichungen von dieser Technik sind nur wenige empfohlen worden. Die Anwendung dickerer Nadeln, wie sie Pfeiffer bei den Hirntumoren angewendet hat, erleichtert ohne Zweifel die Gewinnung fester Hirnpartikel. Sie stellt andererseits eine nicht unerhebliche Vergrößerung des Eingriffs dar. Wie wir sehen werden, gibt es nur eine nennenswerte Gefahr bei der Hirnpunktion, nämlich die der Blutung, insbesondere der venösen Blutung. Es ist klar, und ich halte es auch für erwiesen, daß die Chancen, Blutung mit dickeren Nadeln zu erzielen, mit der Dicke der Nadel ungemein wächst. Ich muß ausdrücklich betonen, daß mit der Millimeternadel in Stettin niemals eine arterielle Blutung erzeugt worden ist, während es bei der Anwendung stärkerer Nadeln anderwärts mehrfach geschehen ist. Dickere Nadeln als die hier angegebenen sollen deshalb meines Erachtens nur dann angewendet werden, wenn die vorher eingeführte Normalnadel kein genügendes Resultat ergeben sollte. Ferner hat Pfeiffer empfohlen, zur Vermeidung von Blutungen nicht spitze, sondern stumpfe Nadeln anzuwenden. So wertvoll die Anwendung solcher Nadeln zur Punktion extraduraler Hämatome und Eiterungen ist, so wenig kann ich jedenfalls die dicke und stumpfe Nadel zur Vermeidung von Blutungen empfehlen, sie zerreißt, wo die feine spitze Nadel, wenn sie nicht vom Gefäß abgleitet, noch die Chance der bloßen Gefäßscheidenverletzung oder bei Anstechen des Gefäßes einer nur geringen Blutung hat."

Prof. Förster ist, wie er der Redaktion freundlichst mitteilt, der Ansicht, daß die Pfeifferschen Nadeln für unsere Zwecke besser sind. Zur Ausführung der Hirnpunktion ist unbedingt nötig, daß man vorher den ganzen Artikel genau studiert, zwecks richtiger Lokalisation mittels Kyrtometer (Vermeidung der Arteria meningea media).

— **Das Königliche Pflegerhaus zu Hochweitzschen** bei Döbeln begeht in diesem Jahre sein fünfundzwangzigjähriges Bestehen. Die Königl. Sächsischen Landesanstalten für die Geisteskranken, körperlich Kranken und Siechen, Epileptischen, Blinden, für schwachsinnige und sittlich gefährdete Kinder versorgt es mit Pflegekräften. Das Arbeitsfeld der Pflegerschaft in den Königl. Sächs. Landesanstalten hat sich mehr und mehr erweitert. Jetzt stehen rund gerechnet, 700 im Pflegerhause vorgebildete Pfleger bez. Oberpfleger im staatlichen Pflege- und Erziehungsdienst. Der Pflegerhauskursus währt mindestens ein halbes Jahr. Bei guter Bewährung werden die Hilfspfleger nach mindestens zweijährigem Dienste (und erfüllten 25. Lebensjahre) als Pfleger staatlich angestellt. Besonders tüchtige und begabte Pfleger können als Oberpfleger Verwendung finden.

— **Königsberg i. Pr.** Die **neue psychiatrische Universitätsklinik** wurde am 1. Juli ihrer Bestimmung übergeben.

— **Die Psychiatrie in der Presse.** Im 3. Beiblatt der Nr. 296 vom 14. Juni 1913 des „Berliner Tageblatts" findet sich folgende Annonce: „Wer hilft gegen den widerlichen Unfug mit Irrenhaus und Sanatorium Front machen? Aufruferin Frl. Kolle, Studierende der Philosophie, Charlottenburg, Hardenbergstraße 38."

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Friedrichsberg.** Assistenzarzt Adolf Ludwig Schlippe ist am 30. Juni abgegangen und als Abteilungsarzt in die Irrenanstalt Langenhorn eingetreten.

— **Dresden.** Dr. F. Bierschenk, früher Anstaltsarzt an den Heil- und Pflegeanstalten Dresden, Chemnitz und Grafenberg, ist gestorben.

— **Haina,** Bez. Kassel. Am 16. v. Mts. ist Herr Medizinal-Praktikant Fritz Kerl aus Marburg a. L. in den Dienst der hiesigen Anstalt getreten.

Der heutigen Nummer liegen Prospekte der Firmen

Jul. Springer, Verlag, Berlin,
Kalle & Co., A.-G., Biebrich a. Rh.
und **C. F. Boehringer & Söhne, Mannheim**

bei, die wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **J. Bresler,** Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: **Carl Haenchen,** Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 16. 19. Juli **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Abderhalden's Abwehrfermente des tierischen Organismus und ihre Bedeutung für die Erforschung geistiger Störungen. (S. 191.) — Mitteilungen (S. 196.): Über Störungen der Körpertemperatur und der vasomotorisch-trophischen Funktionen bei Hirnkrankheiten. Österreichischer Psychiatrischer Verband. Offene Abteilung an der Landesheilanstalt Marburg. Bunzlau. — Referate (S. 198). — Personalnachrichten (S. 199).

Abderhalden's Abwehrfermente des tierischen Organismus und ihre Bedeutung für die Erforschung geistiger Störungen.

Übersichtsreferat von Oberarzt Dr. **Bresler.**

Schon im Jahre 1906 hat Abderhalden die Vermutung ausgesprochen, daß die Abwehrmaßnahmen des tierischen Organismus gegen Produkte, welche in diesem durch körperfremde Zellen, also Bakterien und andere Mikroorganismen, erzeugt werden, nicht etwas dem Körper Neuartiges sind, sondern mit den gewöhnlichen Stoffwechselvorgängen der einzelnen Körperzellen im Zusammenhang stehen. Er wies auch experimentell nach, daß nach Zufuhr körperfremder Stoffe im Blutplasma Fermente auftreten, durch welche diese fremden Produkte abgebaut und ihres spezifischen Charakters beraubt werden, und brachte überdies den Nachweis, daß der Organismus Schwangerer sich der zwar arteigenen, jedoch plasmafremden Bestandteile, die dem Blute wahrscheinlich von den Zellen der Chorionzotten aus zugeführt werden, ebenfalls mittels Fermente erwehrt, und daß sich hieraus eine Methode zur Erkennung der Schwangerschaft ableiten läßt.

In einem Buche: **„Abwehrfermente des tierischen Organismus gegen körper-, blutplasma- und zellfremde Stoffe, ihr Nachweis und ihre diagnostische Bedeutung zur Prüfung der Funktion der einzelnen Organe"** hat Prof. Emil Abderhalden, Direktor des Physiologischen Instituts der Universität zu Halle a. Saale, 1912 seine Lehre und die Ergebnisse seiner Untersuchungen mitgeteilt (Verlag von J. Springer, Berlin). Seitdem sind diese Untersuchungen erheblich erweitert und in den verschiedensten Gebieten der Medizin durchgeführt worden; es haben sich dabei überraschend reiche Ausblicke auf die Lösung mancher schwieriger Probleme und auch schon recht wichtige Resultate ergeben. Insbesondere hat sich gezeigt, daß für die Erforschung der tieferen materiellen Vorgänge bei dem Zustandekommen geistiger Erkrankungen aus der Benutzung der Abderhalden'schen Untersuchungsmethoden ganz neue Wege, Zusammenhänge und Feststellungen zu gewinnen sind. Das Verdienst, die neue Methode für diesen Zweck mit größtem Eifer alsbald und zuerst verwendet zu haben, gebührt dem Leiter der Irrenabteilung des Stuttgarter Bürgerspitals Sanitätsrat Dr. Fauser.

Bevor wir auf die Ergebnisse der Abderhalden'schen Methode bei der Erforschung geistiger Erkrankungen eingehen, ist es notwendig, Entwicklung und Grundlage der neuen Lehre etwas ausführlicher darzutun. Es soll geschehen an der Hand der soeben erschienenen II. verm. Auflage des oben bezeichneten Werkes Abderhaldens (199 Seiten, Preis brosch. 5,60, geheftet 6,40 M).

Abderhalden geht aus von dem Schutzmittel des einzelligen Lebewesens gegen zellfremde Stoffe.

Schon bei den einfach gebauten Zellen einzelliger Organismen bestehen in Bezug auf den Stoffwechsel außerordentlich komplizierte Verhältnisse, sie sind sogar komplizierter als bei den mehrzelligen Organismen, weil Aufnahme, Verarbeitung, Stoffwechsel und Ausscheidung in derselben Zelle sich vollziehen. Der einzellige Organismus besitzt bereits Fermente, die nach Emil Fischers

exakten Untersuchungen, größtenteils in ganz spezifischer Weise auf bestimmte Stoffe, die in die Zelle eintreten, eingestellt sind, er zerlegt sie mittels dieser Fermente stufenweise bis zu den einfachsten Bausteinen und erschließt so ihren Energieinhalt. Diese Bausteine werden weiterhin bis in die kleinsten Bruchteile dem Bau der Zelle angepaßt und eingefügt. In wie feiner Abstufung der Energiestoffwechsel der Einzelle vor sich geht, zeigt sich z. B. bei der alkoholischen Gärung; die Hefezelle zerlegt den Traubenzucker nicht schematisch in Alkohol und Kohlensäure, sondern es sind eine ganze Reihe Zwischenreaktionen vorhanden; auch der Abbau der Aminosäuren, der Purinbasen usw. geschieht in mehreren Zwischenstufen. Manche Einzellen sind mit ihren Fermenten nicht in so feiner Weise auf bestimmte Substrate eingestellt, sind dafür aber unabhängiger von der Qualität des Substrats, und besitzen mehr und bessere Existenzmöglichkeiten.

In ihrem Innern selbst tritt die Einzelle nur mit vollständig umgebauten Stoffen in engere Beziehung. Manche Arten von Einzellen bauen sich sogar aus so einfachen chemischen Verbindungen wie Karbonaten, Nitrat, Ammoniak, Wasser und Salzen auf, manche sogar unter Benutzung des freien Stickstoffes der Luft, während andre bereits nur aus bestimmten Proteinen oder Peptonen, also sehr komplizierten Stoffen, ihren Bedarf an Nahrung und Baustoff befriedigen können. Aus der Art des Abbaues der Substrate und der Zwischenstufen ist in vielen Fällen die Erkennung bestimmter Organismen möglich. (Peptone bestimmter Zusammensetzung für solche Zwecke werden von den Farbwerken in Höchst a. M. hergestellt.)

Im mehrzelligen Organismus geben die verschiedenen Organe Stoffe von spezifischem Bau an das Blut ab, die nur auf Zellen von ebenfalls besonderer Struktur eine bestimmte Wirkung ausüben; ein bestimmter Sekretstoff wirkte nur auf ganz bestimmte Zellen. Abderhalden weist auf die sehr instruktiven Fälle von Hermaphroditismus verus z. B. beim Fasan, wo sich auf der einen Seite des Körpers ein Hode, auf der anderen ein Ovarium befindet. Das Tier besitzt auf der einen Körperhälfte ein männliches, auf der anderen ein weibliches Gefieder; in der Mittellinie des Körpers schneiden beide Gefiederarten ohne jeden Übergang ab. Das Sekret jeder von beiden Keimdrüsen zirkuliert im ganzen Körper, wirkt aber nur auf diejenigen Zellen, auf welche es eingestellt ist, das Hodensekret auf die Zellen mit männlichem Grundhabitus, das Ovariumsekret nur auf die Zellen der weiblichen Körperhälfte.

Die Erfolge der Transplantation gleichartiger Gewebe und die Beeinflussung bestimmter Zellen durch bestimmte Gifte bestätigen zur Genüge, daß jede Zellart besonders gebaut ist und in mancher Beziehung ihren besonderen Stoffwechsel hat. Jede Zelle mit besonderen Funktionen hat ihren spezifischen Bau. Sie muß aber auch ein besonderes Werkzeug haben, womit sie diesen Bau herstellt und erhält, das ist das Ferment. Abderhalden nimmt an, daß nicht nur jede Zellart über besondere Fermente verfügt, sondern daneben solche vorhanden sind, die allen Körperzellen gemeinsam sind; denn das Ausgangsmaterial, die Bestandteile des Blutplasmas, ist für alle Zellen das gleiche.

Ein regelmäßiger, ungestörter Ablauf der mannigfaltigen Zellprozesse setzt eine gewisse Konstanz der Verhältnisse und feinste quantitative und qualitative Regelung des Zellstoffwechsels voraus. Die zwischen Blut und Körperzellen eingeschaltete Lymphe, die Lymphzellen und -drüsen, dienen dabei als Schutzwehr und Kontrollapparat; durch sie wird der Übergang unangepaßter Verbindungen ins Blut verhindert.

Abderhalden trifft für den Stoffwechsel und den Abbau folgende Unterscheidung:

I. **Körperfremde Stoffe,** d. h. solche, die in Struktur von den Bestandteilen des Organismus verschieden sind; dies sind vor allem die Nahrungsstoffe, ausgenommen solche, die bereits als einfachste Bausteine zur Aufnahme gelangen, wie z. B. Traubenzucker.

II. **Körpereigene Stoffe,** d. h. vollständig umgeprägte, dem Grundplan der speziellen Art und des speziellen Individuums ganz entsprechende,

a) zelleigene, d. h. den Zellen der Organe und des Blutes entsprechende,

b) plasmaeigene.

Die spezifisch aufgebauten Stoffe des Plasmas sind zellfremd für die Zellen des Blutes wie der Organe, die Stoffe der Zellen sind fremd für das Plasma, also plasmafremd. Auch die Produkte der Zellen eines Organs sind für die Zellen eines anderen Organs zellfremd. Der Bau der Zellen eines Organs und ihre Produkte müssen von denen der Zellen der übrigen Organe schon deshalb scharf unterschieden sein, weil sonst das Sekret einer Zellart nicht auf die Zellen eines bestimmten Systems einwirken könnte. Stoffe, die ungenügend abgebaut in das Plasma gelangen, sind plasmafremd; ungenügend abgebaute Bestandteile zerfallener Muskelzellen sind z. B. für die Nierenzellen zellfremd. Bausteine ohne spezifische Struktur, wie Salze, Wasser, und die Stoffwechselendprodukte von Nahrungs- und Gewebsstoffen sind den ver-

schiedenartigsten Zellen und dem Plasma gemeinsam und können nur durch die Quantität Störung bewirken, zu deren Beseitigung nicht Abbau erforderlich ist, sondern rasche Ausscheidung oder synthetische oder analytische Prozesse genügen.

Es kommt vor, daß eine bestimmte Zellart aus den Bestandteilen einer anderen gebildet wird. Der Baseler Physiologe Friedrich Miescher wies nach, daß die Geschlechtsdrüsen der Lachse im Süßwasser sich auf Kosten der Muskulatur mächtig entwickeln, indem, wie er mikroskopisch feststellte, die Bestandteile der Muskelfasern allmählich zerlegt werden und in die Blutbahn gelangen. Dabei nimmt das Tier keinerlei Nahrung zu sich. Der Abbau der Muskelzellen geschieht unter Umbildung des Muskeleiweißes in basische Eiweißkörper, Histone, die große Mengen von Diaminosäuren enthalten und später in Protamine umgewandelt werden, die fast ausschließlich aus Diaminosäuren bestehen. Bei Versuchen an Hungertieren wird ebenfalls Umwandlung bestimmten Zellmaterials zu andersartigen Zellen beobachtet.

Nur körpereigen und zunächst plasmaeigen gemachtes, homogenes Nährmaterial wird in den tierischen Organismus aufgenommen; die Zufuhr des Rohmaterials wird von den Darmzellen, den Zellen der Anhangdrüsen und besonders den Leberzellen überwacht. Andererseits geben alle Körperzellen nur Stoffe an die Blutbahn ab, die soweit abgebaut sind, daß der zelleigene Typus zerstört ist. Nur so ist ein harmonisches Zusammenwirken in dem großen Zellstaat des Organismus möglich. Diese Harmonie wird gestört, wenn sich fremdartige Zellen, wie z. B. Krebszellen oder Sarkomzellen oder Mikroorganismen mit ihren für das Plasma fremden Sekreten und Zerfallsprodukten im Körper ansiedeln.

Es galt nun das Problem zu lösen, auf welche Weise sich der Körper gegen die in ihn und speziell ins Blut gelangten Stoffe wehrt, die art- oder auch nur blut- resp. plasmafremd sind, und die Frage zu beantworten, ob die Körperzellen auch jenseits des Darmkanals noch die Fähigkeit haben, zusammengesetzte, dem Organismus fremde Stoffe abzubauen, in indifferente Bruchstücke zu zerlegen und zum Aufbau neuen Materials oder als Energiequelle zu benützen (S. 41). Hier ist die Stelle, wo die exakte Forschung erfolgreich in die Tiefe dringt.

Jede einzelne Körperzelle verfügt im allgemeinen mit wenigen Ausnahmen über dieselben oder doch ähnliche, nicht in allen Einzelheiten identische Hauptfermente wie sie von den Zellen der Verdauungsdrüsen in den Darmkanal abgegeben werden (S. 42). Die Körperzellen sind imstande, Fette hydrolytisch in Alkohol und Fettsäuren zu spalten, kompliziert gebaute Kohlehydrate, speziell Glykogen, über Dextrin zur Maltose abzubauen, welche von dem Ferment Maltase in zwei Moleküle Traubenzucker zerlegt wird, Eiweiß in Peptone zu spalten und bis zu Aminosäuren und noch weiter abzubauen, säureamidartig verkettete Aminosäuren, sogenannte Polypeptide in ihre Bausteine zu zerlegen, letzteres geschieht durch die im Tier- und Pflanzenreich in den verschiedensten Zellarten, namentlich in Pflanzensamen und in Föten nachgewiesenen peptolytischen Fermente. Die Wirkung der letzteren läßt sich auch an den optisch inaktiven Razemkörpern im Polarisationsrohr zeigen; das ursprünglich optisch-inaktive Gemisch der zwei gleich stark in entgegengesetzter Richtung drehenden Komponenten der Razemkörper wird durch Spaltung mittels des Ferments optisch aktiv. Selbst bei optisch-aktiven aus mehreren Aminosäuren aufgebauten Polypeptiden läßt sich in exaktester Weise erkennen, an welcher Stelle die Wirkung des peptolytischen Ferments einsetzt, da das Drehungsvermögen jeder einzelnen Abbaustufe genau bekannt ist. An drei aus drei Aminosäuren bestehenden Polypeptiden wird dies von Abderhalden veranschaulicht:

1. l-Leucyl-glycyl-d-alanin;
2. Glyzyl-d-alanyl-glycin;
3. d-Alanyl-glycyl-glycin.

Ein beträchtlicher Teil der Zellstoffwechselprozesse wird durch Fermente herbeigeführt; in gewissem Sinne kann jede einzelne Körperzelle verdauen, auch die weißen und roten Blutkörperchen; sogar die Blutplättchen vermögen hydrolytische Spaltungen durchzuführen. Das Blutplasma besitzt beim Menschen und beim größten Teil der Tiere, soweit bis jetzt nachweisbar, keine verdauende Kraft, wenigstens nicht unter normalen Verhältnissen. (Eine Ausnahme macht bei den Tieren das Meerschweinchen.)

Abderhalden trat nun durch Untersuchungen der Frage näher, ob das Blutplasma neue Eigenschaften zeigt, wenn dem Organismus plasmafremde und zunächst körperfremde Substanzen mit Umgehung des Darmkanals zugeführt werden.

Es wurde einer bestimmten Menge von absolut hämoglobinfreiem Serum resp. Plasma, das aus Blut von Tieren gewonnen war, eine ebenfalls bestimmte Menge einer Eiweiß-, Pepton- oder Polypeptidlösung von bekanntem Gehalt an Substrat

zugefügt und im Polarisationsapparat das Drehungsvermögen festgestellt. Dasselbe geschah zur Kontrolle unter Anwendung sonstiger Vorsichtsmaßregeln mit einem Gemisch von Serum resp. Plasma + physiologischer Kochsalzlösung und mit einer unvermengten Substratlösung. Spaltung von Proteinen oder Peptonen wurde dabei nie beobachtet. Es wurden dann dieselben Versuche wiederholt mit Serum resp. Plasma aus Blut von Tieren, welchen Eiereiweiß oder Pferdeblutserum oder Seidenpepton parenteral, d. h. mit Umgehung des Magen-Darmkanals zugeführt (unter die Haut oder in die Bauchhöhle oder direkt in die Blutbahn gespritzt) worden war. Das Plasma resp. Serum der Tiere war vorher auf die etwaige Anwesenheit von peptolytischen Fermenten geprüft worden. In dem Plasma resp. Serum der behandelten Tiere ließen sich diese Fermente an der Spaltung von Polypeptiden nachweisen. Das Gleiche ergab sich bei Einspritzung von Gliodin, Pepton aus Gelatine, Edestin und Kasein, und bei Einspritzung von Edestin und Kasein selbst. Die Spaltung betraf nicht nur das eingespritzte Material, sondern die ganze Gruppe der Proteine und der nächsten Abbaustufen. Diese peptolytischen Fermente vermochten Fette und Kohlehydrate nicht abzubauen; umgekehrt wurde nach Einspritzung von Fetten, Kohlehydraten und Aminosäuren keine Spaltung von Proteinen nachgewiesen.

Daß es sich um die Anwesenheit von Fermenten handelte, wurde durch einen Kontrollversuch mit Hefepreßsaft und mittelst Dialysierschlauchs bewiesen. In letzteren wurde Plasma aus dem Blut eines wie oben, parenteral vorbehandelten Tieres und Gelatine resp. Eiereiweiß zusammengebracht. In der Außenflüssigkeit konnten nach kurzer Zeit durch die Biuretreaktion Peptone nachgewiesen werden. Kontrollversuche bestätigten das Ergebnis. Mit jodierten Eiweißkörpern ließ sich keine spaltende Wirkung des Blut-Plasmas hervorrufen.

Abderhalden erörtert den etwaigen Zusammenhang der von ihm entdeckten Erscheinungen mit der sogenannten Anaphylaxie, der Überempfindlichkeit. Irgend einen Zusammenhang nimmt er als bestehend an; bestimmtes läßt sich noch nicht sagen. Die Fermente kommen bemerkenswerter Weise schon zu einer Zeit im Blut vor, zu der sich der anaphylaktische Shok durch die wiederholte Injektion noch nicht auslösen läßt. Andererseits spricht für den Zusammenhang, daß im Stadium der Antianaphylaxe Proteolyse im Plasma nicht mehr stattfindet.

Die plasmaeigenen Eiweißkörper werden durch diese Fermente nicht gespalten.

Der Abbau der parenteral zugeführten Proteine und Peptone läßt sich deshalb nicht direkt durch Beobachtung des Drehungsvermögens des Plasmas vorbehandelter Tiere ohne Zusatz jener Substrate verfolgen, weil die parenteral eingeführten Substrate im Körper sofort sehr stark verdünnt und sehr rasch abgebaut werden; nur bei intravenöser Zufuhr größerer Mengen von Proteinen und Peptonen ist der direkte Nachweis geglückt.

Mit seinen positiv ausgefallenen Versuchen, durch parenterale Zufuhr von Rohrzucker bei Hunden im Plasma ein Rohrzucker zerlegendes Ferment nachzuweisen, hat Abderhalden, ohne es zu wissen, Ergebnisse bestätigt, zu denen vorher schon Weinland gelangt war, welcher gezeigt hat, daß nach parenteraler Einverleibung von Rohrzucker Blutplasma eines Hundes Rohrzucker spaltet, also Invertin besitzt. Abderhalden beschreibt die eigenen Versuche in seinem Buche ausführlich; der Nachweis der Spaltung des mit Plasma gemischten Rohrzuckers geschieht mit Hilfe analytischer Methoden oder im Polarisationsrohr. Aber auch nach Zufuhr von gelöster Stärke und von Milchzucker gewinnt das Blutplasma resp. Serum die Fähigkeit, Rohrzucker zu spalten, nicht aber nach Raffinose.

Bildung und Nachweis von Fermenten im Plasma gelingt auch, wenn Proteine, Peptone oder Kohlehydrate in sehr großer Menge vom Darm aus zugeführt, der Darmkanal damit überschwemmt wird. Bei erheblicher Eiweißzufuhr geht unverändertes Protein ins Blut über und wird dort durch die Präzipitinreaktion, in exaktester Weise aber durch den Nachweis von Fermenten festgestellt.

Bei den Fettstoffen liegen die Verhältnisse für solche Untersuchungen schwierig, weil auch arteigene Fette, durch reichliche Fütterung dem Körper einverleibt, das Fettspaltungsvermögen des Plasmas unter Vermehrung der Lipase erhöhen. Bestimmte Resultate mit artfremden Fetten liegen noch nicht vor.

Nach parenteraler Zufuhr von Nukleoproteiden, Nukleinen und Nukleinsäuren zeigten sich im Plasma Fermente, welche diese Substanzen rasch abbauen. Bemerkenswert ist, daß nur mit den beiden ersten, nicht aber mit Nukleinsäuren, anaphylaktische Erscheinungen sich erzeugen ließen.

Durch alle diese Fermente wird die Verdauung im Blut nachgeholt; manche der zerlegten Stoffe dienen vielleicht der Ernährung, Abderhalden nennt sie Abwehrfermente.

Die aufgeführten Fermente stammen wahr-

scheinlich aus den Leukozyten (ähnlich wie bei Pneumonie das Fibrin in den Alveolen durch Fermente aus Leukozyten gewissermaßen verdaut wird), aber vermutlich auch aus den roten Blutkörperchen und den Blutplättchen.

Aus allem diesen entwickelt Abderhalden das Problem, körpereigene, jedoch blut- resp. plasmafremde Substanzen zu ermitteln durch Nachweis entsprechender Fermente (Seite 82).

Wenn in den Zellen Nahrungsstoffe und Körperbestandteile ungenügend abgebaut werden und zelleigene Stoffe in die Lymphe gelangen, so könnte es vorkommen, daß diese Stoffe von der Lymphe ungenügend zerlegt werden und ein Teil als plasmafremdes Material sich in das Blut begibt. So ist es bei der Bence Jonesschen Albuminurie und der Schwangerschaft; im ersteren Falle, der fast immer mit Sarkomatose der Knochen einhergeht, ist es noch zweifelhaft, ob es sich um arteigene Stoffe handelt; im Fall der Schwangerschaft ist es natürlich sicher arteigenes, aber plasmafremdes Material, das im Blute kreist, und hier machte Abderhalden die wichtige Entdeckung, daß das Serum von Schwangeren immer Abwehrfermente enthält, die auf Plazentaeiweiß eingestellt sind.

Dieses Plazentaeiweiß stammt nicht oder nicht ausschließlich aus losgelösten, ins Blut gelangten Chorionzotten, denn auch bei der schwangeren Stute, deren Plazenta keine Chorionzotten besitzt, sind auf Plazentaeiweiß eingestellte Abwehrfermente vorhanden. Letztere sind schon ca. 8 Tage nach stattgehabter Befruchtung im Blutserum Schwangerer nachweisbar, während der ganzen Zeit der Schwangerschaft vorhanden und schwinden innerhalb 14 bis 21 Tagen nach Ausstoßung der Plazenta oder nach Aufhebung ihrer Verbindung mit dem mütterlichen Körper; sie bauen Plazentaeiweiß, nämlich koaguliertes Plazentagewebe resp. Plazentapepton, ab. Darauf gründet sich die Serodiagnostik der Schwangerschaft. Serum von normalen, nicht schwangeren Personen baut Plazentagewebe nicht ab; auch nicht Serum von Personen mit Tuberkulose, Karzinom, Salpingitis usw. Der tierische Organismus macht dann streng spezifisch eingestellte Fermente mobil, wenn bestimmte Zellen plasmafremde Stoffe in sein Blut abgeben. Bei künstlicher Zufuhr plasmafremder, wenn auch körpereigener Stoffe werden keine streng spezifischen Abwehrfermente gebildet, sondern nur solche, deren Wirkung sich auf eine Gruppe von Verbindungen erstreckt (S. 88), aus dem Grunde, weil die künstliche Zufuhr, gegenüber der natürlichen, quantitativ wie qualitativ, ein viel zu grober Eingriff, die Reaktion demnach auch eine viel allgemeinere, summarische ist, wie sich aus dem Unterschied der Wirkung bei der künstlichen Zufuhr sehr kleiner und größerer Mengen von Rohrzucker in die Blutbahn ergeben hat. Die Stoffe, welche die Zelle ins Blut abführt, sind viel bestimmter charakterisiert als die künstlichen eingeführten.

Es wurde nun weiter das Problem in Angriff genommen, ob ein bestimmtes Blutserum Fermente bildet, die in spezifischer Weise ein einem bestimmten Organ zugehörendes plasmafremdes Substrat abzubauen vermögen, und inwieweit sie damit also Reagentien sind auf den charakteristischen, typischen Bau der Bestandteile bestimmter Zellarten. Daß letzteres prinzipiell möglich sei, wird an dem Beispiel der scheinbar verstandesmäßigen Tätigkeit eines einzelligen Lebewesens, Vampyrella Spirogyrae, erläutert, die, soviele Algenarten ihr als Nahrung dargeboten werden, von Algenfaden zu Algenfaden eilt, und schließlich immer wieder die gleiche Art herausfindet. Das geschieht mittelst des ihr innewohnenden Ferments, das nur auf eine bestimmte Algenart und ihren Abbau eingestellt ist, nach Emil Fischers Vergleich: wie ein Schlüssel, der nur ein bestimmtes Schloß öffnet. Aus dem Verhalten dieser Vampyrella kann man auf die Verschiedenheit des Zellbaues der Algen schließen; ganz so aus der Wirkung und dem Angriffspunkt der Fermente auf das Substrat, das sie abbauen. Auch die Wechselbeziehung der einzelnen Organe zueinander wird für die Untersuchung durch die Fermentmethode zugänglich gemacht werden können, ferner besonders Muskel- und Nervendegenerationen, und alle Prozesse mit Bildung und Resorption von Zerfallsprodukten, auch bei Infektionskrankheiten (S. 108). Bei Miliartuberkulose sind Abwehrfermente gegen Tuberkelbazillen festgestellt worden. Die beim Dialysierverfahren entstandenen Abbaustufen können auch im Tierexperiment auf ihre Giftigkeit geprüft werden. Durch künstliche Erzeugung von Abwehrfermenten, die auf bestimmte Mikroorganismen eingestellt sind, und durch ihre Übertragung mit dem Serum wird man vielleicht auch zu neuen Heilmethoden gelangen.

Die Immunität gründet sich nach Abderhalden vielleicht darauf, daß der Organismus rascher als sonst Abwehrfermente mobil macht; er schließt dies aus folgender Beobachtung: Bei einem Tier, dem zum ersten Male Eiweiß in die Blutbahn gebracht wird, finden sich nach zirka

vier Tagen Abwehrfermente, bei Wiederholung der Zufuhr nach zirka einem Monat dagegen schon bedeutend früher.

Wie durch die Annahme des Auftretens von Abwehrfermenten in dem Blutplasma des Körpers nach dem Eindringen von Mikroorganismen einerseits, andererseits aber auch von Fermenten, welche den Mikroorganismen selbst eigen sind, sich manches in der Lehre von den Infektionskrankheiten anders als bisher auffassen und erklären läßt, wird von Abderhalden eingehend dargetan (S. 108 bis 120).

Abderhalden gibt zum Schluß einen Überblick über bisherige Ergebnisse der mit seiner Methode ausgeführten eigenen und fremden Untersuchungen an Schwangeren und Kranken. In 300 Fällen wurde von ihm selbst die Differentialdiagnose zwischen Schwangerschaft und Nichtschwangerschaft gestellt; nur in einem einzigen unklaren Fall von wahrscheinlichem Abort ist eine Fehldiagnose gestellt worden. Unter diesen Fällen waren Komplikationen aller Art wie Salpingitis, Karzinom, Myom, Parametritis, Tuberkulose usw. Von Karzinom wurden 24 Fälle geprüft; das Serum von Karzinomkranken baute das gleichartige, gekochte Karzinom ab, dagegen nie Plazentagewebe. Zu den 30 Proz. Fehldiagnosen, wie sie einige Autoren bei der Schwangerschaftsdiagnose gehabt zu haben mitteilten, haben nach Abderhalden unzweifelhaft Fehler in der Methodik geführt.

Epstein stellte an 37 von ihm untersuchten Sera von Krebskranken fest, daß alle bis auf eins, das von einem 80 jährigen, kachektischen Patienten stammte, koaguliertes Krebseiweiß abbauten, in keinem einzigen Falle Plazentaeiweiß. Bei 47 Personen mit schweren Krankheiten und allgemeinem Kräfteverfall, aber nicht mit Krebs behaftet, baute nur in einem Falle das Serum Krebsgewebe ab.

Bei einer 61 jährigen Frau, die an einer Neubildung litt, wurde das Gewebe der Geschwulst vom Serum eines Krebskranken nicht abgebaut, dagegen von Schwangerenserum; es wurde bei ihr ein malignes Chorionepitheliom festgestellt (Paltauf).

Bauer fand im Blutserum bei endemischem Kropf Abwehrfermente, welche Schilddrüsengewebe abbauten, und zwar selbst dann, wenn nicht Kropf selbst bestand, sondern nur klinische Symptome auf Störung der Schilddrüsentätigkeit schließen ließen. Abderhalden fand in einem Fall von Myxödem Abbau von Schilddrüsengewebe.

Bei der Basedowschen Krankheit fanden an größerem Material Lampé und Papazolu Abbau von Thymusdrüse, Schilddrüse und Ovarium; nur ganz ausnahmsweise wurde normale Schilddrüse abgebaut, immer nur Basedow-Schilddrüse. — Untersuchungen bei Sklerodermie (Bauer und Reines) weisen ebenfalls auf eine Störung der Schilddrüsenfunktion hin.

* * *

Bevor über die Ergebnisse bei geistigen Störungen berichtet wird, sei eine Bemerkung über die Methodik eingefügt. Abderhalden widmet ihr in seinem Buche 51 Seiten, ein Beweis dafür, daß sie die größte Exaktheit und selbst in nebensächlich scheinenden Teilen die genaueste Befolgung der Vorschriften für das Gelingen voraussetzt. „Nicht ein einziger Punkt der Vorschriften entbehrt einer bestimmten Begründung. Meist sind es Kleinigkeiten, an denen die Untersuchungen gescheitert sind. Ein Blick auf die Literatur zeigt jedoch, daß jetzt schon an vielen Orten die Methode richtig angewandt wird und zu überraschend schönen Erfolgen führt" — so schreibt Abderhalden in seinem Buche S. 167 und 168.

Es wäre daher ganz verfehlt, wenn an dieser Stelle die Methode auszugsweise wiedergegeben und nur ein Einziger davon abgehalten würde, sie im Original selbst nachzulesen und sich streng danach zu richten. Es sei vielmehr ausdrücklich auf die Notwendigkeit hingewiesen, daß Jeder, der sich auch nur theoretisch für die Abderhalden'sche Methode interessiert, das Original studiert, aus dessen allgemeinen und konstruktiven Abschnitten hier nur das Allerwichtigste wiedergegeben werden konnte. Die Ausführung der Methode selbst lernt man praktisch am besten einstweilen wohl nur im Laboratorium von Prof. Abderhalden in Halle a. Saale. (Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Über Störungen der Körpertemperatur und der vasomotorisch-trophischen Funktionen bei Hirnkrankheiten** hielt Prof. Dr. Reichardt-Würzburg in der Versammlung Bayer. Psychiater in München am 27. 6. 1913 einen Vortrag, dessen wesentlichen Inhalt wir nach dem Autoreferat in folgendem wiedergeben:

Die Frage: ob es zerebrospinal verursachte Störungen der Körpertemperatur und der vasomotorisch-trophischen Funktionen gibt? wird bejaht. Die Körpertemperatur wird wahrscheinlich von verschiedenen Stellen des Gehirnes und Rückenmarkes aus beeinflußt. Und zwar kommen in Betracht das Zwischenhirn, das Rautenhirn und das obere Halsmark. Möglicherweise besteht ferner auch ein Zusammenhang zwischen der Liquorströmung und der Körpertemperatur. Bei Hirnkranken, welche nach starken zerebralen Temperaturanomalien sterben, finden sich auffallend häufig auch starke Liquorvermehrungen. Die Annahme, daß bei der progressiven Paralyse die Temperatursteigerungen Folge seien einer Resorption von Zerfallstoffen, läßt sich zurzeit nicht stützen. In dem gewöhnlichen paralytischen Marasmus fehlen Hypothermien so gut wie stets. Letztere treten dagegen, wenn sie sich überhaupt zeigen, vor allem auf entweder bei Paralyse mit reiner Tabes oder bei Paralyse mit katatonischen Symptomen. Die leichten Temperatursteigerungen zu Beginn der Katatonie sind höchstwahrscheinlich nicht infektiös verursacht, sondern ebenfalss echte zerebrale Hyperthermien. Wenn bei Katatonie auch Hypothermien auftreten, so genügt zu deren Erklärung die Regungslosigkeit der Kranken nicht. Auch in der Psychiatrie kommen echte trophische Störungen der Haut vor.

Gudden selbst hat ausdrücklich anerkannt, daß Hautzerstörungen auch bei der besten Krankenpflege sich nicht stets vermeiden lassen. Die trophischen Hautstörungen können auch initial auftreten und finden sich vor allem bei den spastischen und den Mästungsparalysen, während die trophischen Veränderungen in den Knochen sich fast nur bei der reinen Tabes und der tabischen Paralyse finden. Die Knochenveränderungen befallen häufig das ganze Skelett. Sie sind, ebenso wie die Optikus-Atrophie, sehr oft Initialsymptome, während anderseits auch eine sehr lange Dauer und ein hochgradiger Marasmus bei Paralyse an sich niemals zur Osteoporose führt. Ebenso wie die genuine Optikus-Atrophie sind auch die trophischen Knochenveränderungen bei Paralyse ganz unverhältnismäßig viel seltener als bei Tabes ohne Paralyse. Die neuerdings geäußerte Annahme (Stargardt), daß die tabischen Knochenveränderungen und auch die tabische Optikus-Atrophie lediglich luetische Veränderungen und gar keine trophischen Störungen seien, ist unhaltbar, weil durch eine solche Annahme nicht erklärt wird, warum die trophischen Knochen- und Gelenkveränderungen und ebenso auch die genuine Sehnerven-Atrophie fast nur bei Tabes vorkommt (und bei tabischer Paralyse), dagegen niemals bei anderen syphilitischen Erkrankungen. Ein einfaches Mittel, bei jeder Sektion sich einigermaßen über den Zustand der Knochen zu orientieren, ist die Untersuchung der Schädeldachknochen auf ihr spezifisches Gewicht. — Die Störungen der Körpertemperatur und der vasomotorisch-trophischen Funktionen bei den sogenannten Neurosen, speziell der Hysterie, sind in dem Sinne zu erklären, daß bei derartigen Kranken die betreffenden vegetativen (peripheren oder zentralen) Apparate in selbständiger Weise besonders labil oder reizbar sind oder zu Erkrankungen neigen. Eine eigentliche Abhängigkeit der genannten vegetativen Störungen von psychischen Vorgängen liegt nicht vor. Höchstens kann, bei vorhandener Disposition der betreffenden vegetativen Apparate, ein psychischer Vorgang (Affekt) zur auslösenden Gelegenheitsursache der vasomotorisch-trophischen Störung werden. Ähnliches ist zu sagen von den vasomotorisch-trophischen Veränderungen in der Hypnose. (Die ausführliche Veröffentlichung erfolgt in den Arbeiten aus der Würzburger psychiatrischen Klinik, Jena 1913, Gustav Fischer, Heft 8).

— **Österreichischer Psychiatrischer Verband.** Vorläufige Mitteilung. Die diesjährige Hauptversammlung des psychiatrischen Verbandes wird am 10. und 11. Oktober 1913 in Görz stattfinden. Dabei ist ein Referat über die „Haftpflicht der Anstalten für Geisteskranke" vorgesehen. Als Referenten werden fungieren Anstaltsleiter Primarius Dr. Sickinger (Ybbs) und Landrat Dr. Hueber (Wien). Von Seite des Görzer Landes-Ausschusses liegt die ehrende Einladung zum Besuche der dortigen Landesanstalt vor. Anmeldungen von Vorträgen werden erbeten an den unterzeichneten Obmann Dr. Starlinger (Mauer-Öhling). Die Geschäftsführung in Görz hat der Direktor der Landesanstalt Dr. Fratnik übernommen.

Zur besonderen Beachtung! Über die vom psychiatrischen Verband erfolgte Eingabe an die P. T. hohen Landes-Ausschüsse haben alle Landes-Ausschüsse die Förderung der Hauptversammlung zugesagt und Reisebeihilfen entweder in der Ersetzung der Fahrtauslagen, oder in der Gewährung der normalmäßigen Diäten bewilligt. Die P. T. Teilnehmer an der Hauptversammlung wollen daher rechtzeitig diesbezügliche Ansuchen bei ihren hohen Landes-Ausschüssen in Vorlage bringen. Für den psychiatrischen Verband: Schweighofer, Schriftführer. Starlinger, Obmann.

— **Offene Abteilung an der Landesheilanstalt Marburg.** An der Landesheilanstalt in Marburg ist eine sog. offene Abteilung eingerichtet worden, in der nicht nur Geisteskranke sondern auch psychisch Kranke leichterer Art oder psychisch nervöse Kranke als „freiwillige Pensionäre" Aufnahme finden können. Der Eintritt als freiwilliger Pensionär hat den Vorteil, daß der betr. Kranke jederzeit nach seinem Belieben die freiwillig von ihm aufgesuchte Anstalt wieder verlassen kann, und daß von seinem Eintritt in die Anstalt weder der Ortspolizeibehörde am Wohnorte des Kranken noch der Staatsanwaltschaft Mitteilung gemacht wird. Die Einrichtung der offenen Abteilung in Marburg bezweckt einerseits, die Aufnahme solcher Kranken zu ermöglichen, die entweder aus besonderem Vertrauen oder, weil sie nicht in der Lage sind, für längere Zeit ein Privatsanatorium aufzusuchen, sich an die Marburger Anstalt um Aufnahme wenden, andererseits soll aber auch solchen Personen, die eine Beobachtung und Feststellung ihres Geisteszustandes unter der Voraussetzung ihres freiwilligen Aufenthaltes in der Anstalt

wünschen, die Aufnahme in die Landesheilanstalt ermöglicht werden. Die erwähnte Neuerung stellt eine wesentliche Ergänzung der Krankenfürsorge in dem Regierungsbezirk Cassel dar.

— **Bunzlau.** Die Schlesische Heil- und Pflegeanstalt zu Bunzlau blickte am 16. Juli ds. Js. auf ihr 50jähriges Bestehen zurück. Zur Feier des Gedenktages, der auch zugleich den Abschluß der umfassenden Um- und Neubauten bildet, fand die Weihe der neuen Anstaltskirche statt. Die Anstalt Bunzlau, ursprünglich als Bewahranstalt für 400 Pfleglinge gebaut, ist in ihrer gegenwärtigen modernen Ausgestaltung für 1100 Kranke eingerichtet. Zurzeit sind 726 Plätze in der Anstalt besetzt und außerdem 62 Kranke in Familienpflege untergebracht.

Referate.

— Edinger, Prof. Dr. L., Frankfurt a. M., und Wallenberg, Prof. Dr. A., Danzig: Anatomie des Zentralnervensystems. 17., der Sonderausgabe 6. Bericht, enthaltend die Leistungen und Forschungsergebnisse in den Jahren 1911 und 1912. Bonn 1913, A. Marcus und E. Webers Verlag.

Es ist zu bewundern, wie außerordentlich viel und fleißig trotz der großen Inanspruchnahme der wissenschaftlichen Kräfte durch die moderne Serologie auf dem Gebiet der Anatomie des Zentralnervensystems weitergearbeitet worden ist, und es ist erfreulich und anerkennenswert, wie dabei immer tiefer in dieses Gebiet eingedrungen wird. Nur wer dauernd darin arbeitet, kann vielleicht die Fortschritte alle genau verfolgen und im Auge behalten; ganz unmöglich ist es für den Fernerstehenden, sich auf dem Laufenden zu halten. Und doch müssen wir Psychiater und Neurologen dies tun. Dafür gibt es meines Wissens nur ein brauchbares Hilfsmittel: der Edinger-Wallenbergsche Bericht. Für die letzten zwei Jahre ist er soeben erschienen. Er umfaßt in großem Format 115 Seiten. Preis 6 M. Wer sich z. B. über die Histochemie der Nervenzelle, über die Untersuchungen an überlebenden Zellen und über das Auswachsen der Nervenbahnen an solchen (S. 8), über Transplantationsversuche, über das neue einfache und billige Einschließen von Gehirnschnitten in Leimplatten (statt in Kanadabalsam), wobei auch sehr große Schnitte noch mit der Ölimmersion betrachtet werden können und alle Entwässerung und jedes Deckglas wegfallen, über den efferenten Schenkel der Pupilleninnervation, über die neueste Literatur über die Hypophyse und über die jetzt nachgewiesenen Ausfuhrwege, über die durchgeführte Einteilung von afferenten und efferenten Bahnen im Kleinhirn, über das sympathische Nervensystem usw. — orientieren will, dem sei der Bericht wärmstens empfohlen. Mir war z. B. die Entdeckung Marinescos hochinteressant und neu, daß sich bei vitaler Färbung einer Suspension frisch entnommener Spinalganglienzellen junger Säuger mit dem zugehörigen Serum auf dem Objektträger mit verschiedenen Anilinfarbstoffen, auch den Mischungen von Giemsa, May-Grünwald u. dgl., nicht nur Kern und Plasma verschieden färben, sondern auch einzelne Zellindividuen anders als andere (S. 9). Weittragende Bedeutung haben auch Ramón y Cajals Beobachtungen über die von ihm sog. „konservierten Fasern" bei stark traumatisierten und im Blutgerinnsel eingeschlossenen Nerven, Fasern, die leicht mit erhaltengebliebenen oder gar mit regenerierten Fasern verwechselt werden können (S. 15). — Dies nur Stichproben aus dem inhaltreichen Bericht, der für jeden Psychiater nud Neurologen, der „mitkommen" will, unentbehrlich ist.

Dr. Bresler.

— Lourié: Stoffwechselversuche und Therapie bei der mongoloiden Idiotie. Ztschr. f. die Behandlung Schwachsinniger XXXII, Heft 5, 1912.

Verf. hat bei 5 Kindern von ausgesprochen mongoloidem Typus im Alter von $2^1/_2$ bis 5 Jahren, welche geistig ziemlich tief standen, Stoffwechseluntersuchungen angestellt und unter Berücksichtigung der Nahrung und der Kontrollpersonen, soweit es hier von Interesse ist, eine vermehrte Ausscheidung von Phosphorsäure in Urin und Fäzes sowie von Kalk in den Fäzes konstatiert. Daraufhin gab Verf. therapeutisch Cal. phosphor. bezw. Calc. glycer. je nach dem Alter 0,01—0,5 und mehr dreibis viermal täglich. Als einzige ungewünschte Nebenwirkung trat ab und zu eine leichte Diarrhöe ein. In allen Fällen trat nach längerer Behandlung eine unverkennbare Besserung in somatischer wie psychischer Hinsicht auf. Die Beobachtungen erschienen zunächst als „vorläufige Mitteilung". Bei dem Widerstand, welchen bisher der mongoloide Schwachsinn allen Erklärungs- und Behandlungsversuchen leistete, sind sie zweifellos von Wichtigkeit und bedürfen dringend einer Nachprüfung an einem größeren Material.

Kellner-Chemnitz.

— Zingerle: Über transitorische Geistesstörungen und deren forensische Beurteilung. Juristisch-psychiatr. Grenzfragen VII, 7. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 1912.

Ausführliche Besprechung der einzelnen Arten von tr. G. nach ihrer forensischen Wichtigkeit unter Analysierung der Erscheinungsweise, des krankhaften Bodens, auf welchem sie entstehen und der Umstände und Motive, welche sie zum Ausbruch bringen.

Für die Beurteilung weist Verf. vor allem auf die Wichtigkeit hin, niemals das begangene Delikt allein, sondern alle Momente vor wie nach der Tat, d. h. also den Täter selbst nach seiner ganzen Persönlichkeit zu begutachten. Die Störungen treten hauptsächlich hervor auf dem Boden „reaktiver Depression" (Bonhoeffer), sowie im Anfang der Dem. praecox, auf dem Boden von chronischer Erschöpfung, von Intoxikationen (Alkohol), traumatischer Degeneration, Neurosen und auf degenerativer Basis. Insbesondere weist Verf. hin auf einige wichtige Tatsachen: auf die nach Kopftrauma zuweilen eintretende Neigung zu konfabulieren, die bei einer bald nach dem Unfall vorgenommenen Vernehmung zur Vorsicht mahnen muß, an das Persistieren von Traumerlebnissen auch nach Aufhellung des Dämmerzustandes, an die kausale Wichtigkeit chronischer Affekte (Sorge), auf

die Beziehung von plötzlichen Affekten zu beginnender Arteriosklerose, sowie auf das Gemisch von Luzidität und Bewußtseinsstörung, von geordneten Handlungen und gewalttätiger Explosion, von vorhandener und fehlender Amnesie, seltener vorkommende Momente, welche für den Psychiater in foro von Wichtigkeit sind, wie auch für den Richter nicht ausschlaggebend für seine Stellungnahme sein dürfen. Eine Reihe sorgfältig beobachteter Fälle sind als besonders lehrreich der Arbeit eingefügt. Kellner-Chemnitz.

— Sommer, Prof. Dr., Gießen: Bericht über den II. Kurs mit Kongreß für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre in Gießen vom 9.—13. April 1912. Halle a. S. 1912, Karl Marhold Verlagsbuchhandlung. 190 Seiten. 6 M.

Der vorliegende Bericht bringt die Vorträge usw. des II. Gießener Kursus, der sich inhaltlich an den ersten vom August 1908 anschloß; aus dem reichen Inhalt sei hier das Wichtiste wiedergegeben.

Kekule v. Stradonitz sprach über die „Einführung in die Genealogie" und führte seine Zeichenlehre für genealogische Zwecke vor.

Sommer verbreitete sich sodann zuerst über „Die angeborene Anlage in den Gebieten der Normalpsychologie und Genielehre" und zeigt, daß beim Genie eine Überwertigkeit der Leistung statthat, während eine Unterwertigkeit auf die Pathologie der Defektzustände hinweist; ferner führte Sommer aus, daß der Typus des Mannesstammes sich in der Deszendenz immer wieder durchzusetzen scheint, auch wenn einmal von mütterlicher Seite ein andersgearteter Einfluß stattgefunden; Inzucht ist bei erblich belasteten Personen unter allen Umständen zu verwerfen. Angeborene Anlage (Disposition) und äußere Momente (Trauma, Infektion usw.) sind bei der Ursachenforschung prinzipiell scharf auseinanderzuhalten, daher ist angeboren nicht identisch mit endogen (Keimzellenkonstitution!).

Dannemann fürchtet noch nicht die Gefahr einer Degeneration der Gesellschaft, hält aber mit Recht eine schärfere Prophylaxe von Geistes- und Nervenkrankheiten für nötig, und zwar will er, daß die Fortpflanzung geistig und körperlich minderwertiger Personen eingeschränkt werde (Asylierung der Epileptiker usw., Kontrolle der Eheschließung, Aufklärung, Kampf gegen Alkohol und Lues, Jungendfürsorge usw.).

Auch für einen Teil der Kriminellen nimmt D. eine Prädisposition an und fordert für die antisozialen Defekte einen Irrenanstaltsaufenthalt und nicht das Gefängnis, der Richter müsse ein Anwalt der sozialen Hygiene sein.

In das praktische Gebiet führt dann Crzellitzer-Berlin, der seine Methode der graphischen Darstellung der Verwandtschaft mit besonderer Berücksichtigung von Familienkarten und Familienstammbüchern demonstriert; ein genealogischer Stammbaum der Hohenzollern, eine Stammtafel des Kaisers ist graphisch wiedergegeben; die hier und da benutzten Stammbücher will C. erweitert und obligatorisch eingeführt wissen; nach dem Orte des Inhabers sollen sie beim Standesamt hinterlegt werden, wodurch allerdings bald ein gutes Material für die Familienforschung bereitliegen würde.

Soweit der Kurs.

Aus der Fülle der Vorträge, die auf dem anschliessenden Kongreß gehalten wurden, seien einige hier hervorgehoben:

Breymann empfahl die systematische Sammlung von genealogischem Material und, um eine Zersplitterung zu vermeiden, die Zentralstelle für die deutsche Personen- und Familiengeschichte in Leipzig; auch Römer-Illenau hält ein gemeinsames Zusammenwirken von Genealogen und Psychiatern für zweckmäßig, natürlich unter Wahrung der ärztlichen Diskretion, mit einer biologisch- psychiatrischen Sonderabteilung für psychiatrische Erblichkeitsforschung an der Zentralstelle.

Weinberg bringt dann einige Tatsachen der experimentellen Vererbungslehre vor und beschreibt ausführlich die Mendel'schen Vererbungsgesetze; mit der theoretischen Möglichkeit und teilweisen Vermischung der elterlichen Anlagen im Keimplasma des Kindes müsse gerechnet werden auf Grund von Haeckers Experimenten.

Ostwalds Ausführungen beziehen sich auf die „Persönlichkeitsforschung" die das Problem der Vererbung und das der individuellen Entwicklung umfasse; auf ersteren Punkt geht Ostwald dann näher ein. Auch in der Persönlichkeitswissenschaft lassen sich komplizierte Probleme manchmal auf die einfachen allgemeinen Gesetze alles physischen Geschehens reduzieren.

Besondere Kapitel sind der Fürsorgeerziehung vom Standpunkt der Rassenhygiene (Dannemann) und der abnormen Anlage und Erziehung (Berliner) gewidmet, denen sich die Besprechung der kriminellen Anlagen anschließt.

Die praktische Seite lernen wir sodann kennen in den Mitteilungen über die Erforschung bestimmter Familien (z. B. Habsburger Familientypus).

Interessant sind die Mitteilungen über das „Galdon-Laboratorium" für nationale Rassenverbesserung an der Universität London, dessen Leiter Pearson ist, und gehaltsvoll ist Sommers Vortrag über „Renaissance und Regeneration". Jedem, der sich für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre interessiert, wird die Lektüre dieses reichhaltigen Kongreßberichtes Anregung und Bereicherung seines Wissens verschaffen.

Kürbitz-Sonnenstein.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Württemberg.** Medizinalrat Dr. Rank, Direktor der Kgl. Württembergischen Heilanstalt Weissenau, ist nach 21 jähriger erfolgreicher Tätigkeit an der Anstalt unter Verleihung des Titels und Rangs eines Obermedizinalrats am 1. April 1913 in den Ruhestand versetzt worden. — Die Leitung der Anstalt ist Medizinalrat Dr. Krimmel, bisher Direktor der Kgl. Heilanstalt Zwiefalten, übertragen worden. — Zum Direktor der Kgl. Heilanstalt Zwiefalten ist Dr. Weinland, bisher Oberarzt an der Kgl. Heilanstalt Weissenau, ernannt worden.

— **Saargemünd.** Oberarzt Dr. Wichert ist am 1. Juli 1913 aus dem Bezirksdienst ausgeschieden, und durch Oberarzt Dr. Joachim, bisher Heilanstalt Stephansfeld (Unterelsaß), ersetzt worden.

— **Wiesloch.** Hermann Loepp von Neuteich ist am 28. Juni 1913 als Hilfsarzt in den Dienst unserer Anstalt eingetreten, Hilfsarzt Dr. Richard Jahrsdörfer am 1. April 1913 und Dr. Hans Eichardt von Hamburg am 30. Juni ds. Js. ausgetreten.

— **Neckargemünd.** Dr. med. Chr. Rasch hat die ärztliche Leitung des Kurhauses Dr. Rich. Fischer übernommen.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma
A. Marcus & E. Webers Verlag
Dr. jur. Albert Ahn, Bonn
bei, den wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **J. Bresler,** Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: **Carl Haenchen,** Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

An der **Landesheilanstalt Uchtspringe** (Altmark) ist eine
Oberpflegerinnenstelle
mit einem Einkommen von jährlich 1400 M. steigend in dreijährigen Stufen von 4mal 150 M. und 1mal 100 M. bis 2100 M. zum 1. Oktober ds. Js. wieder zu besetzen. In der Kranken- und Irrenpflege hinreichend erfahrene Damen, nicht über 40 Jahre alt, wollen ihren selbstgeschriebenen Lebenslauf nebst Photographie und Zeugnissen gefälligst einsenden an die Direktion.

Stellengesuche.

An der Herzoglichen Heil- und Pflege-Anstalt in **Königslutter** bei Braunschweig (20 Minuten Bahnfahrt nach dort) ist die Stelle eines
Assistenzarztes
zu besetzen. Remuneration neben völlig freier Station I. Klasse 1800 M., jährlich um 300 M. bis 2400 M. steigend. Nach vollendetem 3. Dienstjahre Anstellung als Anstaltsarzt: Gehalt 3600 bis 6000 in 15 Jahren, eventl. weiter steigend bis 6600 M.

Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf an den Unterzeichneten erbeten.

Medizinalrat Dr. Gerlach.

Dr. med., ev., Jan. 11 approb., bish. **Assist. Allgemeinpr.** u. 1/2 J. **Kreisirren-Anstalt** **sucht** für **bald oder später**
Assistentenstelle
an **Psychiatr.- u. Nervenuniversitätsklinik,** ev. zunächst Volontärstelle. Gefl. Off. u. **M. 617** a. d. Exped. d. Bl.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 17. 26. Juli **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Über die prophylaktischen Aufgaben der Schule auf dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Von Dr. med. J. Bayerthal, Nervenarzt und Arzt an der städtischen Hilfsschule in Worms. (S. 201.) — Mitteilungen (S. 206.): Die Abderhaldensche Methode in der Psychiatrie. — Referate (S. 206). — Personalnachrichten (S. 208).

Über die prophylaktischen Aufgaben der Schule auf dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten.*)

Von Dr. med. **J. Bayerthal,** Nervenarzt und Arzt an der städtischen Hilfsschule in Worms.

M. H.!

Schon seit Beginn dieses Jahrhunderts, nachdem man mit der Anstellung von Schulärzten begonnen hatte, fehlte es unter den Neurologen und Psychiatern nicht an Stimmen, welche dieser Institution große Bedeutung für die Vorbeugung der Nerven- und Geisteskrankheiten zuschrieben. Ich selbst hatte Veranlassung, mich mit dieser Frage eingehender zu beschäftigen, als ich mit der Errichtung der Hilfsschule in Worms (1899) den amtlichen Auftrag erhielt, alljährlich die zum Besuch dieser Schule in Vorschlag gebrachten Kinder zu untersuchen und zu begutachten. Es steht im Zusammenhang mit den bei dieser Gelegenheit gewonnenen Erfahrungen und dem regen Interesse unserer Schulverwaltung für alle Fragen der Schulgesundheitspflege, wenn es mit der Anstellung von Schulärzten an den Wormser Volksschulen (1903) zu den dienstlichen Verpflichtungen des Hilfsschularztes gehörte, in Lehrerversammlungen Vorträge über die rechtzeitige Erkennung der in pädagogischer Beziehung wichtigsten Erkrankungen des Nerven- und Seelenlebens zu halten. Eine Erweiterung meiner Erfahrungen auf diesem Gebiete verdanke ich den Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Kopfgröße und Intelligenz im schulpflichtigen Alter, mit denen ich mich dank dem Entgegenkommen unserer Schulverwaltung seit 1905 beschäftigen konnte. Bei diesen Untersuchungen hatte ich naturgemäß reichlich Gelegenheit, auch die körperliche und geistige Beschaffenheit der als normal geltenden Schüler kennen zu lernen und in einen Meinungsaustausch mit Lehrern und Lehrerinnen über die Behandlung abnorm veranlagter Schüler zu treten. Bei dem Verständnis, das ich allmählich in diesen pädagogischen Kreisen für prophylaktische Aufgaben gefunden habe, glaubte ich nicht länger Ihnen Vorschläge zur Lösung einer Frage vorenthalten zu sollen, deren steigende kulturelle Bedeutung nicht bestritten werden kann, der Frage: Inwieweit vermag die Schule mit Hilfe des Schularztes disponierte[1]) Kinder durch geeignete unterrichtliche und erzieherische Maßregeln von Beginn des Schulbesuches an vor sozial ungünstigen Nerven- und Geisteskrankheiten zu zu bewahren?

Sowohl das Vorhandensein einer neuro- und psychopathischen Veranlagung als auch die Stärke derselben läßt sich bekanntlich schon in der Regel aus der Entwicklung eines Kindes im vorschulpflichtigen Alter erkennen. Aber auch dann, wenn die Angaben der Eltern[2]) oder die erste schulärztliche Untersuchung in dieser Beziehung keine bestimmten Schlüsse zu ziehen gestatten, können wir mit mit Hilfe geschärfter pädagogischer Beobachtung schon im Laufe des ersten Schuljahres viele abnorme, d. h. von der durchschnittlichen psychischen Artung abweichende Individuen erkennen. Um dem Pädagogen zu zeigen, auf welche psychisch-nervöse Anomalien es dabei ankommt, müs-

*) Vortrag, gehalten gelegentlich der Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 24. Mai 1913.

sen wir von Beanlagungskombinationen ausgehen, die auf Grund normal psychologischer Erfahrungen konstruiert und in der Wirklichkeit leicht zu beobachten sind. Wir scheiden zu diesem Zwecke die Gesamtheit der Schulanfänger zunächst in zwei große Hauptabteilungen: die intellektuell Normalen und intellektuell Abnormen; zu den letzteren rechnen wir die Schüler, deren intellektuelle Leistungsfähigkeit sich unter dem Durchschnitt bewegt und ein regelmäßiges Aufrükken in die oberen Klassen mehr oder weniger zweifelhaft erscheinen läßt.[3]) Die intellektuell Normalen lassen sich nun wieder in Berücksichtigung der *eukolischen* und *dyskolischen* Veranlagung in zwei Gruppen zerlegen. Die Einteilung der Menschen in Eukoloi und Dyskoloi ist ja von allen Psychologen für praktische Zwecke als brauchbar befunden worden. Wenn wir auch das Recht haben, von einer normalen kindlichen Heiterkeit zu sprechen, so läßt sich doch in der Regel frühzeitig bei vergleichender Beobachtung erkennen, ob ein Kind eine ausgesprochene Frohnatur oder mehr für den Ernst des Lebens empfänglich ist. Die Gruppierung in eukolisch und dyskolisch veranlagte Naturen soll den Lehrer darauf aufmerksam machen, daß ungewöhnliche Abweichungen von der normalen kindlichen Heiterkeit — mag es sich um ungewöhnlich ernste oder heitere oder fortwährend zwischen heiterer und schwermütiger Stimmungslage schwankende Kinder handeln — Grundlage und Vorboten von Geisteskrankheiten im späteren Leben sein können. Bei allen intellektuell normalen Kindern ist dann noch auf das Vorkommen *abnormer Willensschwäche* zu achten, die sich auch bei vergleichender Beobachtung unschwer erkennen läßt. *Sie zeigt sich in einem wesentlich vom Durchschnitt abweichenden Mangel an der Willenskraft, die zur Beherrschung der willkürlichen Muskulatur, der Aufmerksamkeit, Affekte, Stimmungen und Triebhandlungen erforderlich ist.* Also auch alle Schulkinder mit *unsozialen* Neigungen gehören hierher.

Alle intellektuell abnormen, ferner die in obigem Sinne willensschwachen und unsozialen Elemente stehen für die Dauer ihrer Abnormität unter schulärztlicher Überwachung. Zum Teil wird früher oder später ihre Überweisung an Förder-, Hilfsklassen oder an besondere Anstalten erforderlich.

Wo in psychisch-nervöser Hinsicht bedeutsame körperliche Mängel und Gebrechen bei der ersten

Tabelle 1.

Kopfumfang und Intelligenz 7jähriger Schulkinder am Ende des ersten Schuljahres (1908/11, 1911/12, 1912/13).

	Umfänge in cm	Gesamtzahl			Es gehören in ihrer Klasse: zu den Intelligentesten			zu den mittelmäßig und untermittelmäßig Begabten		
		08/11	11/12	12/13	08/11 Proz.	11/12 Proz.	12/13 Proz.	08/11 Proz.	11/12 Proz.	12/13 Proz.
Knaben	56,5—53,5	57	28	28	23	3*	14	31	64	50
	53,0—52,0	349	125	152	13	13	11	53	60	56
	51,5—50,5	615	210	187	8	8	10	63	63	61
	50,0—49,0	299	88	94	4,5	4	5	65	75	64
	48,5—46,5	57	16	11	0	0	0	74	70	64
Mädchen	54,5—51,5	59	10	16	17	10*	18	47	20	37
	52,0—51,0	314	117	122	16	18	13	50	50	45
	50,5—49,5	627	212	187	9	9	7	57	62	55
	49,0—48,0	303	77	136	4	6	7	67	67	67
	47,5—46,0	54	13	11	0	7**	0	78	84	82

*) Der kleinere Prozentsatz ist hier durch Zufälligkeiten infolge der kleinen Zahl der in Betracht kommenden Köpfe zu erklären. Zum Teil ist er auch dadurch bedingt, daß bei den größten Umfängen (54,0 cm und mehr bei Knaben, 53,5 cm und mehr bei Mädchen) die Zahl der intelligentesten Kinder auch *relativ wieder abnimmt.* **) Das betreffende Mädchen hatte einen Umfang von $47\frac{1}{2}$ cm (s. o.).

schulärztlichen Untersuchung nicht auffallen, hat der entsprechend informierte Lehrer schon im Laufe des ersten Schuljahres hinreichend Gelegenheit, den Schularzt auf zahlreiche, grobsinnlich wahrnehmbare, vom Nervenapparat ausgehende, abnorme Erscheinungen aufmerksam zu machen, zu deren Erkenntnis es keines ärztlichen Blickes bedarf, und die oft nachweisbar mit Ermüdung, Gemütsbewegungen, meteorologischen Einflüssen oder verdorbener Zimmerluft, die sich ja bei den besten hygienischen Einrichtungen niemals ganz ausschalten läßt, zusammenhängen. Solche Erscheinungen sind z. B. wechselnde Zustände im Gefäßsystem, Wechsel der Gesichtsfarbe, leichtes Erröten, Blutandrang nach dem Kopf, abnorme Schweißabsonderung, Muskelzittern, Koordinationsstörungen beim Schreiben und Sprechen u. a. m.

Bei der Beurteilung der angeborenen geistigen Veranlagung leistet auch die Bestimmung des Kopfumfanges [4]) gute Dienste. Schon am Ende des ersten Schuljahres — also bei 7 jährigen Kindern — zeigt sich, daß mit abnehmendem Kopfumfang die wesentlich über dem Durchschnitt stehenden Anlagen seltener, die mittelmäßigen und untermittelmäßigen häufiger vorkommen (siehe Tabelle 1). Unter 50 cm (Knaben) bezw. 49 cm (Mädchen) finden sich nur ausnahmsweise, unter 48 bezw. 47 cm niemals besonders gute Anlagen. Der mittlere Kopfumfang beträgt in dem in Rede stehenden Alter bei Knaben 51 cm, bei Mädchen 50 cm. Schüler mit einem untermittelgroßen Horizontalumfang des Kopfes, die am Ende des ersten Schuljahres trotz regelmäßigen Schulbesuches und normaler häuslicher und gesundheitlicher Verhältnisse nicht das Klassenziel erreichen, erweisen sich nach meinen bisherigen Beobachtungen dauernd als minderbegabt. Bei 6- bis 7 jährigen Schulanfängern mit einem Umfang von 46 bezw. 45 cm und weniger ist — annähernd normale Kopfform vorausgesetzt — von vornherein ein regelmäßiges Aufrücken in die oberen Klassen nicht zu erwarten. In allen Klassen von genügender Stärke (etwa 50 Insassen) ist bei gleichem Alter und Geschlecht der mittlere Kopfumfang der Schüler mit durchschnittlicher und undurchschnittlicher Begabung kleiner als der der über dem Durchschnitt stehenden oder der bestbegabten Schüler. Dieser Befund ist beinahe regelmäßig (s. Tabelle 2) zu erheben, so daß er für mich zu einem Reagens auf die Fähigkeit des Lehrers, die intellektuelle Veranlagung seiner Schüler hinsichtlich des Urteilsvermögens richtig einzuschätzen, geworden ist. Möbius [5]) fand bei erwachsenen Männern mit annähernd normal geformten Köpfen bei einem Umfang von 53 cm und weniger das Pathologische meistens deutlich ausgeprägt und immer einen Mangel an Intelligenz oder den sog. Charaktereigenschaften. Wenn auch diese Beobachtungen mit meinen Befunden an Schulkindern im Widerspruch stehen, so habe ich doch an anderer Stelle gezeigt [6]), daß sich tatsächlich ein wesentlich höherer Prozentsatz von Verbrechern bei den unter dem mittleren Kopfumfang stehenden Maßen findet, jedenfalls Grund genug, von Beginn des Schulbesuches an auch der Charakterentwicklung der Schüler mit untermittelgroßem Kopfe besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Tabelle 2.

Mittlerer Kopfumfang 7jähriger Schulkinder bei verschiedenen Graden der intellektuellen Veranlagung am Ende des 1. Schuljahres (1912/13).

	A	B	C	D
Knabenklassen:				
Neusatzschule (Hartmann) . .	52,0	51,2	51,2	51,7
Augustinerschule (Bopp) . .	52,0	51,4	50,8	50,8
„ (Christmann)	50,3	51,3	50,6	50,3
„ (Stauth) . .	51,1	51,2	51,1	51,0
Nibelungenschule (Huth) . .	52,0	51,4	51,1	51,1
„ (Niebergall)	51,8	51,5	51,1	51,0
Carmeliterschule (Martin) . .	51,3	51,5	50,9	50,5
Westendschule (Andres) . .	52,0	52,0	51,5	51,5
Mädchenklassen:				
Neusatzschule (Kaus) . . .	50,5	50,0	49,7	49,3
„ (Beck) . . .	50,6	50,0	50,1	49,8
Westendschule (Wolf) . . .	51,0	50,7	49,9	49,6
Hagenschule (Heeb)	51,1	50,5	49,9	50,3
„ (Faustmann) . .	49,8	49,8	49,7	49,7
„ (Keilmann). . .	49,2	49,9	50,0	49,0
Nibelungenschule (Landzettel)	50,8	50,6	49,8	50,0
Carmeliterschule (Walter) . .	50,1	50,0	49,9	50,0

A = relativ beste, B = sonstige noch über dem Durchschnitt stehende, C = durchschnittliche, D = unterdurchschnittliche Begabung.

Eine ausnahmsweise große Anzahl untermittelgroßer Köpfe mit über dem Durchschnitt stehenden Anlagen in einer Mädchenklasse (Keilmann) läßt hier das größte Mittelmaß bei der durchschnittlichen Begabung zutage treten.

Eine erfolgreiche Prophylaxe der Neurosen und Psychosen seitens der Schule setzt natürlich voraus, daß auch die Schüler, die in den späteren Schuljahren dem Lehrer kränklich erscheinen, in ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit nachlassen, oder durch Anomalien des Gemüts- und Willenslebens auffallen, dem Schularzt vorgeführt werden.

Schulärztliche Sprechstunden zur Besprechung mit den Eltern, eine Forderung, die schon lange aus anderen schulhygienischen Gründen erhoben worden ist, sind auch deshalb notwendig, weil das Elternhaus dadurch am wirksamsten in nervenhygienischem Sinne beeinflußt werden kann. Wenn Erb[7]) 1894 in seiner Rede „Über die wachsende Nervosität unserer Zeit" den Gedanken, der hereditär-neuropathischen Belastung durch Beschränkung der Heiraten unter Nervösen, besonders unter nervösen Blutverwandten entgegenzuwirken, für wenig aussichtsvoll hält, da die Ehen zumeist aus anderen als hygienischen Rücksichten geschlossen würden, so dürfte sich das auch heute noch als zutreffend erweisen, soweit diesbezügliche Verbote durch den Hausarzt oder auf dem Wege der Massenaufklärung erfolgen. Jedenfalls vermag ich His[8]) nicht beizustimmen, wenn er von den Hausärzten eine erfolgreiche Abhärtung und Schutz der belasteten Jugend gegen die drohenden Gefahren der Nervosität erwartet. Denn auf Prophylaxe sind die wirtschaftlich und sozial Bessergestellten ebensowenig bedacht wie die Minderbemittelten. Ganz anders, wenn die Belehrung und Aufklärung in der Einfriedigung seines Sprechzimmers von dem Schularzt ausgeht, der das Vertrauen des Elternhauses sich zu erwerben verstanden hat und dem die Autorität der Schule zur Seite steht. Gelegenheit, Eltern und ihren Kindern Freund und Berater zu sein, wird sich ihm ja vielfach[9]) bieten und damit auch die Möglichkeit, das Pflichtgefühl gegenüber der noch ungeborenen Generation zu wecken und lebendig zu erhalten, wie es sich vor allem bei der Auslese zur Ehe geltend machen soll.

Wenn ich nun auch „den Weg zum Herzen des Schülers" Schule und Schularzt als bestes Vorbeugungsmittel empfehlen möchte, so läßt sich doch auch bei abnorm veranlagten Schülern nicht immer ohne Strenge auskommen. Ich kann mich darum auch nicht für die gänzliche Vermeidung der körperlichen Züchtigung in der Schule aussprechen, wie ich das schon früher näher dargedargelegt habe[10]).

Man kann natürlich nicht verlangen, daß jeder Schularzt Fachmann auf nervenärztlichem Gebiete sei, wohl ist es aber seine Sache, wie auf allen anderen Spezialgebieten der Medizin, die Zuziehung eines mit diesen Fragen vertrauten Nervenarztes oder Psychiaters rechtzeitig zu veranlassen. Eine Forderung, die auch insofern wissenschaftlichen Gewinn verspricht, als wir in ganz anderem Maße wie bisher die Symptome der Krankheit mit der angeborenen Anlage und dem psychischen Zustand der Angehörigen in Zusammenhang bringen können.

M. H.! Was die Schule bisher in prophylaktischer Hinsicht auf dem Gebiete der Neurosen und Psychosen versäumt hat, ist ihr m. E. nicht zur Last zu legen. Denn die Frage nach den Aufgaben der Schule auf diesem Gebiete hat, soweit es sich nicht um den angeborenen Schwachsinn und die in die Pubertät fallenden Störungen handelt, bisher die Fachgenossen noch nicht in dem ihrer Bedeutung entsprechenden Maße beschäftigt.[11]) Die Schulhygiene kann aber nur solche Grundsätze beherzigen, welche nicht im Widerstreite der Meinungen liegen. Sollte sich, wie ich hoffe, eine Übereinstimmung unter den Neurologen und Psychiatern über die angeführten prophylaktischen Gesichtspunkte erzielen lassen, so werden wir wohl kaum in die Lage kommen, gegen die Schule die Anklage zu erheben, daß sie durch kulturelle Rückständigkeit eine wirksame Prophylaxe der Nerven- und Geisteskrankheiten verhindere.

Anmerkungen:

[1]) Die Disposition zu Nerven- und Geisteskrankheiten liegt gleich der zur Tuberkulose im Keimplasma und wird nach Maßgabe des auch in dieser Beziehung determinierten Keimplasma in individuell wechselnder Stärke (s. Anmerkung 2) weitervererbt. Die Grundfrage, inwiefern die Erziehung die Entfaltung dieser Anlage zu verhüten vermag, habe ich an anderer Stelle eingehend erörtert. (In „Erblichkeit und Erziehung", Wiesbaden 1911, und „Über den Erziehungsbegriff in der Neuro- und Psychopathologie", Med. Klinik 1911, Nr. 48.)

[2]) Wir legen insbesondere bei kinderreichen Familien auf solche Beobachtungen des Elternhauses — gewöhnlich ist es die Mutter, die uns brauchbare Auskunft gibt — deshalb großen Wert, weil jenes persönliche Moment der Widerstandsfähigkeit oder -schwäche dabei in Erscheinung tritt, das verschiedene Individuen von gleichem Alter und Geschlecht, gleichen sonstigen Ernährungs- und Milieuverhältnissen und auch bei ungefähr gleichem Grade der Intoxikation oder eines anderen pathogenen Reizes zu Nerven- und Geisteskrankheiten mehr oder weniger disponiert bezw. vor ihnen schützt.

[3]) Natürlich ist diese Einteilung nicht als eine definitive zu betrachten, da schon im Laufe des ersten Schuljahres manches Schulkind, das anfangs intellektuell normal zu sein schien, in seiner Leistungsfähigkeit so nachläßt, daß es zur 2. Hauptabteilung gerechnet werwerden muß. Umgekehrt können sich Schüler dieser Abteilung so günstig entwickeln, daß wir sie als intellektuell normal betrachten können. Eine vorläufige Unterscheidung soll eben nur den Lehrer und Schularzt nötigen, der Entwicklung der Intelligenz von vornherein besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

[4]) Den Beweis für diese Behauptung glaube ich in

einer Reihe fachmännischer Arbeiten erbracht zu haben. Er kann hier, wo es sich um die für die Prophylaxe wichtigsten Ergebnisse aus meinen Untersuchungen handelt, nicht wiederholt werden. Die diesbezügliche Literatur findet sich zusammengestellt in meinem Aufsatz „Über den gegenwärtigen Stand der Frage über die Beziehungen zwischen Hirngröße und Intelligenz", Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie 1911, pag. 771. Eine bisher noch nicht veröffentlichte Tabelle über die mittleren Maße des Kopfumfanges und die ungewöhnlichen Abweichungen im schulpflichtigen Alter lasse ich ihrer diagnostischen Bedeutung wegen an dieser Stelle folgen.

Alter in Jahre	Mittelmaß cm	Ungew. Abweichungen nach oben über	nach unten unter	Zahl der gemessenen Köpfe (Jahrg. i. K.)
		Knaben:		
7	51	52 cm	50 cm	2316 (1908/13)
8	51	52 „	50 „	238 (1904/05)
9	52	53 „	51 „	235 (1905/06)
10	52	53 „	52 „	220 (1906/07)
11	52½	53 „	52 „	305 (1907/08)
12	53	54 „	52 „	285 (1908/09)
13	53	54 „	52 „	263 (1909/10)
14	54	54 „	53 „	1196 (1908/13)
		Mädchen:		
7	50	51 cm	49 cm	2258 (1908/13)
8	50	51 „	49 „	154 (1904/05)
9	51	51 „	50 „	144 (1905/06)
10	51	52 „	51 „	185 (1906/07)
11	52	52 „	51 „	337 (1907/08)
12	52	53 „	51 „	317 (1908/09)
13	52	53 „	51 „	287 (1909/10)
14	53	54 „	52 „	1306 (1908/13)

5) Möbius, Geschlecht und Kopfgröße. Halle a. S., 1913.

6) s. Anmerkung 4.

7) Erb, Über die wachsende Nervosität unserer Zeit. Heidelberg 1894.

8) His, Medizin und Überkultur. Deutsche medizin. Wochenschrift 1908, Nr. 15.

9) Beispielsweise, wenn es sich darum handelt, die Behandlung eines erkrankten oder die Berücksichtigung der Individualität eines abnorm veranlagten Schulkindes rechtzeitig zu veranlassen, oder eine ungesunde Furcht vor dem schlechten Schulzeugnis, dem Nichtversetztwerden, dem Ausfall der Prüfungsarbeiten, einen krankhaften Ehrgeiz zu beseitigen, oder Neigungen zu geschlechtlichen Verirrungen, zum Tabak und Alkohol und den übrigen außerhalb der Schule liegenden Schädlichkeiten zu bekämpfen. Auch für die Prophylaxe der Selbstmords bei gefährdeten Existenzen wird auf diesem Wege, h. d. durch eine zielbewußte und folgerichtig durchgeführte Einzelhygiene vom ersten Schultage an vieles geschehen können.

10) Psychiatrisch - Neurologische Wochenschrift 9. Jahrgang, Nr. 43/44.

11) Zum Teil wohl unter dem Einfluß des Berichtes, den Gutzmer 1906 auf der 78. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte erstattete. Die Unterrichtskommission, über deren Tätigkeit Gutzmer berichtete und der auch Cramer angehörte, vertrat die Ansicht, daß jener Faktor, der bei Erziehung und Unterricht nicht aus den Augen gelassen werden dürfe, die Eigenart des einzelnen Schulkindes gewöhnlich sich nicht in den ersten Schuljahren, sondern erst in den Entwicklungsjahren deutlicher zeige. Es sei darum auch meist schwer für den Pädagogen und Schularzt, die Schüler, die ihrer ganzen geistigen Veranlagung nach nicht auf eine höhere Schule gehören, schon in den unteren Klassen zu bezeichnen. Cramer behauptete übrigens noch 1909 (Monatsschr. f. d. Naturwissenschaftl. Unterricht, 3. Bd., 1910, S. 7), daß die Geisteskrankheiten mit ihren Wurzeln in die Pubertät reichen, für die kriminellen Neigungen bei den Fürsorgezöglingen sollte dies sogar ausnahmslos zutreffen. Seither haben auch hier richtigere Anschauungen, wie das für jeden mit dem Leben und Treiben in Kinder- und Schulstube hinreichend vertrauten Psychiater vorauszusehen war, Platz gegriffen. So sprach sich Berliner im vergangenen Jahre auf dem Gießener Kongreß für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre dahin aus, daß sich die antisozialen Tendenzen meist schon während der Kindheit, während der Schulzeit, in vielen Fällen erst im Pubertätsalter zu äußern beginnen. Diese Ansicht bedarf nach meiner persönlichen Erfahrung nur insofern der Korrektur, als an Stelle des „in vielen Fällen" ein „fast niemals oder nur ganz ausnahmsweise" zu setzen ist.

Prophylaktische Bestrebungen der Schule, die erst mit der Pubertät einsetzen, lassen außer acht, daß die Übung der Willens- und Gemütskräfte lange vor der Zeit der Keimdrüsensekretion mit ihrer Disposition zu Neurosen und Psychosen zu beginnen hat. Soweit die letzteren in erster Linie abnormen Charaktereigenschaften ihre Entstehung verdanken, wird die prophylaktische Wirksamkeit schulärztlicher und heilpädagogischer Maßregeln kaum bestritten werden können. Aber auch bei den nervösen und psychischen Erkrankungen, die wir nach dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens auf giftige Stoffwechselprodukte zurückzuführen berechtigt sind, liegt die Sache nicht anders, d. h. das „Principiis obsta" dürfte auch hier seine Geltung behalten. Theoretisch muß man freilich zugeben, daß jene ererbte Anlage zur Giftproduktion, die der Dementia präcox, gewissen Formen der Epilepsie, der Basedowschen Krankheit usw. zu Grunde liegt, so plötzlich wie der Blitz aus heiterem Himmel und mit solcher Vehemenz einsetzen kann, daß soziale Unbrauchbarkeit resuliert. In der Praxis werden wir es aber wohl kaum erleben, daß eines jener Individuen, die mit Kräpelin zu reden „schon von den ersten Kinderjahren an in Denken und Handeln eine vertrauenerweckende Sachlichkeit an den Tag legen", durch psychische Erkrankungen der in Rede stehenden Art sozial unbrauchbar werden. Jene Fälle, wo scheinbar gut begabte Kinder, die mit Leichtigkeit die unteren Klassen absolvieren und in der Schule und im Elternhause die besten Hoffnungen für ihre Zukunft erwek-

ken, hebephrenischer Verblödung anheimfallen, werden m. E. in dem Maße seltener zur Beobachtung gelangen, als vom Eintritt in die öffentliche Schule an eine Beurteilung der Intelligenz nach ärztlich-psychologischen Gesichtspunkten stattgefunden hat und auch der Entwicklung des Gemüts- und Willenslebens die gebührende Aufmerksamkeit seitens des Pädagogen und Schularztes geschenkt worden ist. Dasselbe gilt nebenbei bemerkt auch von jenen Schulereignissen, die durch das Schicksal eines Liebig und den von Forel erwähnten Idioten charakterisiert sind, der dank seinem Gedächtnis und seiner raschen, papageiartigen Auffassungsgabe, eine brillante Maturitätsprüfung in Deutschland abgelegt hatte. Ich weiß nicht, ob die Behauptung von Flechsig, daß „noch bis zur Pubertät ... physische Schädlich, keiten aus einem ursprünglich gutartigen Charakter eine völlig perverse Persönlichkeit mit Verkehrung aller Triebe und Gefühle machen" können, auf eigenen Beobachtungen beruht. Jedenfalls nötigen uns die bekannten Tierexperimente von Goltz, die Ansicht Flechsigs nicht als rein spekulativ anzusehen. So gut Hunde, denen die vorderen Hirnteile entfernt worden sind, nicht nur aufgeregt, sondern zuweilen „aus gutartigen, friedfertigen Geschöpfen bösartige, rauflustige Tiere werden", könnte auch einmal ein Schulkind durch eine Vorbeugungsmaßregeln oder wirksamen Behandlungsmethoden nicht zugängliche Gehirnerkrankung eine dauernde Charakterschädigung erleiden, die im Vergleich mit der geistigen Entwicklung in den ersten Schuljahren auch einen psychiatrisch geschulten Beobachter des kindlichen Seelenlebens überraschen müssen. Aber solche Fälle, wenn sie wirklich vorkommen, sind als so seltene Ausnahmen anzusehen, daß sie für die Prophylaxe nicht in Betracht kommen.

Mitteilungen.

— **Die Abderhaldensche Methode in der Psychiatrie.** In der Sitzung des Hamburger Ärztlichen Vereins vom Dienstag, 3. Juni 1913 demonstrierte Dr. Kafka, Staatsirrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg, an Tabellen die mit der Abderhaldenschen Dialysiermethode an einem Material von 70 Fällen erhobenen Befunde. Untersucht wurden die Blutsera von 17 normalen Individuen, 25 Fällen von Dementia praecox, 4 von manisch-depressivem Irresein, 6 von Lues — darunter 4 mit Psychose kombiniert, 1 Lues cerebri — ferner enthält das Material Fälle gröberer Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion (wie Akromegalie, Basedow, Hypophysentumor), Epilepsien, Idiotien, Paralysen, andere Erkrankungen des C. N. S. und fragliche Fälle. Die normalen Fälle zeigten keinen Abbau; nur in zwei Fällen war auffällig, daß Milz schwach abgebaut wurde. Die Fälle von Dementia praecox boten größtenteils den von Fauser geschilderten Typ des Abbaues, nur war in wenigen Fällen auch die Nebenniere beteiligt. Auch beim manisch-depressiven Irresein konnten Fausers Befunde z. T. bestätigt werden; nur schienen die Nebennieren auch hier eine Rolle zu spielen, und fand sich bei einem Fall von schwerer Erregung Abbau von Gehirn. Fälle von Epilepsie bauten im Anfall auch Schilddrüse und andere Organe ab. Die Idioten scheinen nach dieser Richtung hin auch genauer Untersuchung wert. Die Fälle von Lues boten kein reines Bild, da sie meist mit anderen Psychosen kombiniert waren. Ein Fall von Lues cerebri unterschied sich von den stark abbauenden Paralysen dadurch, daß er bloß gegen Gehirn Schutzfermente bildete. Reine Typen boten die gröberen Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion; besonders ein Hypophysentumor konnte durch seinen auffälligen Befund direkt diagnostiziert werden, da er bei mehrmaliger Untersuchung Gehirn und (als der einzige Fall) Hypophyse sehr stark abbaute. In einigen fraglichen Fällen konnten die Befunde der Schutzfermente nach der Richtung der Dementia praecox hin differentialdiagnostisch unterstützend sein. — K. betont noch die Bedeutung der Befunde und behält sich eine ausführliche Darstellung und Besprechung vor. (Hamburger Ärzte-Correspondenz Nr. 23, 1913.)

Referate.

— Dr. G. Becks therapeutischer Almanach. Herausgegeben von Dr. med. Fritz Walter, Leipzig, und Dr. med. Otto Rigler, Darmstadt. 40. Jahrgang, 1913. 1. Semesterheft. Verlag Benno Konegen, Leipzig.

Der Almanach bringt wie immer in kurzer, klarer Fassung die neuesten Fortschritte und Forschungen auf sämtlichen Gebieten der Medizin, vorwiegend vom therapeutischen Standpunkt aus. Der Praktiker, der unmöglich die große Zahl der Originalartikel bewältigen kann, dürfte in dem Büchlein viel Anregung und besonders große Unterstützung finden, in allem und jedem auf dem Laufenden zu bleiben. Die neu eingeführte Einteilung in zusammenfassende Hauptgruppen, die jede für sich alphabetisch gegliedert ist, kann dabei nur begrüßt werden. Lange-Waldheim.

— Löwy, Dr. Max, Nervenarzt in Marienbad: Über eine Unruheerscheinung: die Halluzination des Anrufs mit dem eigenen Namen (ohne und mit Beachtungswahn). Leipzig und Wien 1911, Franz Deuticke.

Der hallucinierte Namensruf kommt bei Geisteskranken und Gesunden vor, es handelt sich stets um den Vornamen, der Rufcharakter ist dabei das bestimmende Moment, so daß also eine Unterabteilung des „Sichgetroffen fühlens" und ein Erwartungsgefühl unbestimmter Art vorliegt. Der Zustand der Eigenbeziehung sei deren Ursache, der analoge des normalen Namensanrufes dessen Folge. Gemütszustände solcher Art sieht Löwy als Teilerscheinung sogenannter „Unruhebilder" an, die aus

irgendwelchen Gründen entständen, während durch Hinzuassoziieren des Verbandgenossen, d. i. des Gehöreindruckes des eigenen Vornamens, sich der hallucinierte Namensruf bilde.

Verf. schließt dann einen Überblick über ein allgemeines Grundgesetz einer Gruppe von Wahnideen und Hallucinationen an, und zwar meint er, daß diese einem Gemütszustand entsprächen, der entstünde, wenn der Inhalt wirklich erlebt würde, daß aber die Übermäßigkeit ihrer Reaktion nicht das Produkt des Inhalts und einer Herabsetzung der geistigen Leistungen sei, sondern Produkt und Maß des zugrunde liegenden Gemütszustandes, bez. Produkt des dauernden Vorbestehens und des Anstieges des betr. Gemützustandes.

Zuletzt spricht er noch ausführlich über „Unruhebilder", bringt Beispiele aus der Literatur und Tabellen über 41 einschlägige Fälle. Lange-Waldheim.

— Froesch, Hans: Über eine Komplementbindungsreaktion bei angeborenem Schwachsinn und anderen degenerativen Zuständen des Zentralnervensystems. (Aus dem Hygieneinstitut der Universität Zürich.) Münch. med. Wochenschrift, 29. April 1913.

Die Angaben in der Literatur über die Häufigkeit der Wassermannschen Reaktion bei angeborenem Schwachsinn schwankt von 30 bis 1,5 Proz.; die hohen Prozentzahlen stehen vereinzelt da; alle übrigen nähern sich der unteren Grenze.

Im Hygieneinstitut zu Zürich wurden im ganzen 102 Fälle von angeborenem Schwachsinn und 10 Taubstumme serologisch untersucht und mit einer größeren Zahl anderer Sera verglichen. Deutliche positive Reaktion fand sich nur in einem Falle. In über 50 Proz. der Fälle von Schwachsinn kam es dagegen zu einer mehr oder weniger leichten eigenartigen Hemmung der Hämolyse, die nicht als positive Wa.-R. aufgefaßt werden konnte. Meistens zeigte nur ein Extrakt (gewöhnlich der alkoholische Leberextrakt) mit der stärkeren Dosis, seltener mit beiden Dosen, hier und da aber auch mehrere Extrakte diese leichte Hemmung; letztere äußerte sich nach längerem Stehen als deutliche Kuppenbildung.

Es gelang nun dem Verf. mit Hilfe eines künstlichen Lipoidgemisches in allen den Fällen, die bei der Wa.-R. Kuppenbildung gezeigt hatten, und auch in einem der Fälle, die nicht gehemmt hatten, eine starke Komplementbindungsreaktion zu erzielen, nämlich mit einem Gemisch von 2‰ Cholesterin (Kahlbaum), 1‰ Lezithin (Merck) und 1‰ Natr. oleinic. (Kahlbaum) in absolutem Alkohol. Cholesterin und ölsaures Natrium werden in warmem Alkohol gelöst. Verf. bereitete das Gemisch jeweilen frisch aus einprozentigen Stammlösungen, die sich bei Zimmertemperatur und in der Dunkelheit ziemlich lange brauchbar aufbewahren lassen. Das Lipoidgemisch wird im Verhältnis von 1:10 mit physiolog. Kochsalzlösung verdünnt, indem man es unter fortwährendem Umrühren langsam einträufelt.

„Die Versuche mit diesem Reagens wurden immer parallel zu der Wa.-R. ausgeführt, unter Benutzung des gleichen Komplements, hämolytischen Ambozeptors und Hammelblutes, wie auch der gleichen NaCl-Lösungen. Das Lipoidgemisch zeigt noch Selbsthemmung bei einer Dosis von 0,03 ccm. Normale Seren wirken dieser Selbsthemmung mehr oder weniger intensiv entgegen. In einem Falle ging das so weit, daß noch bei 0,06 Antigen völlige Hämolyse eintrat. Es handelt sich dabei nicht etwa um die Wirkung der Normalambozeptoren der Seren. Das ergaben schon die Kontrollen ohne hämolytischen Ambozeptor: sie zeigten in diesen und anderen Fällen keine Spur von Hämolyse. Zur Sicherheit habe ich aber noch besondere Versuche mit Absorption der Normalambozeptoren angestellt. Ich ließ das verdünnte Serum bei 37 Grad oder bei Zimmertemperatur auf unsensibilisiertes Hammelblut einwirken. In keinem Falle wurde das Serum dadurch wesentlich verändert. Ich habe, um auch diese Wirkung der Seren beobachten zu können, meine Versuche immer mit 4 Dosen „Antigen" angestellt 0,04, 0,02, 0,01, und 0,005 ccm. Für das Endresultat maßgebend waren aber nur die zwei letzten Dosen."

Die Reaktion mit dem beschriebenen Lipoidgemisch bezeichnet Verf. als „Neuroreaktion".

Die Beobachtungen werden in einigen Tabellen dargestellt und das Ergebnis in folgendem zusammengefaßt:

Zusammenfassung.

„Es ist gelungen, mit Hilfe eines künstlichen Lipoidgemisches (Cholesterin-Lecithin-Natrium oleinic. in bestimmtem Verhältnis) bei angeborenen Schwachsinnsformen, sowie bei anderen organischen Krankheiten des Zentralnervensystems, Komplementbindungen zu erzielen. Ein großer Teil dieser Fälle zeigte auch bei der Wassermannschen Reaktion schwache Hemmung der Hämolyse, die nicht als durch Lues bedingt angesehen werden konnte.

Das gleiche Lipoidgemisch gab auch mit der Mehrzahl der Luesseren Komplemententbindung, mit anderen Seren nur ausnahmsweise. Diese Reaktion ist also für gewisse Erkrankungen des Zentralnervensystems charakteristisch, wenn auch nicht streng spezifisch.

Die Häufigkeit der Reaktion bei den erwähnten Krankheiten spricht für das Vorhandensein einer Umstimmung des Stoffwechsels, die zu dem Krankheitsprozeß in einem ursächlichen Verhältnis steht.

Ganz besonders hervorzuheben sind die Beziehungen dieser Reaktion zur Wassermannschen Syphilisreaktion. In einer ganzen Anzahl von Fällen, die mit dem Lipoidgemisch einen starken Ausschlag gaben, zeigten sich auch bei der Wassermannschen Reaktion schwache Hemmungen, trotzdem für die Annahme einer syphilitischen Infektion keine weiteren Anhaltspunkte vorlagen. Es ergibt sich hieraus die Mahnung zur Vorsicht bei der Verwertung der Wassermannschen Reaktion bei organischen Krankheiten des Zentralnervensystems. Und zwar ist Vorsicht um so mehr geboten, je näher die Untersuchung dem Beginn der Erkrankung liegt.

Der Umstand, daß mit Hilfe eines wohldefinierten Lipoidgemisches bei Krankheiten, bei denen ein parasitäres Gift überhaupt nicht in Frage kommt, eine der Wa.-R. ganz analoge Komplementbindung erzielt werden kann, wie in Fällen von Epilepsie,

Dementia präcox, Gehirnblutung, Alkoholismus, Verletzung des Rückenmarks, Poliomyelitis akuta, multiple Sklerose, Tumor zerebri usw., und daß das gleiche Lipoidgemisch auch Komplementbindung mit der Mehrzahl der Luesseren gibt, ist, wie Verf. bemerkt, ein neues und kräftiges Argument zu Gunsten der physikalisch-chemischen Theorie der Wa.-R.

Eine Mitwirkung von Spirochäta-pallida-Antigen und -Antikörper bei der Wa.-R. läßt sich, nach Verf., nicht von der Hand weisen, spiele aber nur eine sehr untergeordnete Rolle. Noguchi vermochte mit Pallidaextrakt aus Reinkulturen und aus syphilitischen Kaninchenhoden als Antigen bei Luetikern keine Komplementbindung zu erzielen, auch nicht die für Wa.-R. verwandten Extrakte durch Pallidaextraktzusatz zu verbessern, während er doch mit dem gleichen Pallidaextrakt bei gewissen Syphilitikern eine allergische Hautreaktion hervorrufen konnte.

Dazu komme, daß bei einer ganzen Anzahl anderer, nicht-syphilitischer Affektionen positive Wa.-R. sich ergeben kann; die streng spezifische Auffassung der Wa.-R. im Sinne einer Antigen-Antikörperreaktion wird also durch dieses Alles nicht gestützt.

Bei Krankheiten mit Einschmelzung von Nervensubstanz, z. B. auch bei Poliomyelitis, müsse zu großer Vorsicht bei der Deutung der Wa.-R. gemahnt werden.

Verf. hält es für sehr wahrscheinlich, daß bei der Untersuchung von Idioten auf Wa.-R. eine ganze Anzahl von Hemmungen der Hämolyse als auf Syphilis beruhend rubriziert worden sind, die nichts mit Syphilis zu tun haben. — Einzelheiten der außerordentlich wichtigen Studie müssen im Original nachgesehen werden.

Bresler.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Brieg** i. Schles. Abteilungsarzt Dr. Heinrich Dresen, Lüben, vom 15. Juli 1913 ab nach Brieg versetzt.

— **Rybnik.** Assistenzarzt Ignatz Praetorius am Stadtkrankenkasse in Görlitz vom 1. April ab als Assistenzarzt bei der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Rybnik angestellt.

Die deutsche Landwirtschaft unter Kaiser Wilhelm II.

Mutterland und Kolonien. Zum 25 jährigen Regierungsjubiläum Seiner Majestät des Kaisers herausgegeben von Prof. Dr. Dade, Generalsekretär des Deutschen Landwirtschaftsrats, Privatdozent an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin. Halle a. S. 1913. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. Zwei Bände. I. Bd.: Königreich Preußen. 703 Seiten. Mit 543 Abbildungen. II. Bd.: Königreich Bayern. Die übrigen Bundestaaten. Die Kolonien. Gesamtentwicklung. 590 Seiten. Mit 481 Abbildungen. Preis beider Bände zusammen 40 M.

Das vorliegende Werk ist, wie es im Geleitwort heißt, „eine Ehrengabe deutscher Landwirte für Seine Majestät den Kaiser zu seinem 25 jährigen Regierungsjubiläum", „ein Denkmal der glänzenden technischen Entwicklung, welche die Landwirtschaft unter der Regierung unseres hochherzigen und tatkräftigen Kaisers erlebt hat."

Infolge einer Aufforderung, welche von den bedeutendsten Vertretern der landwirtschaftlichen Berufskreise, namentlich der Preußischen Landwirtschaftskammern, des Bayerischen Landwirtschaftsrats, des sächsischen Landeskulturrats usw. unterzeichnet war, und insbesondere dank der warmen Befürwortung der Teilnahme durch den Präsidenten des Deutschen Landwirtschaftsrat, Wirkl. Geh. Rat Dr. Grafen von Schwerin-Löwitz, ist ein Werk zustande gekommen, das 140 Schilderungen landwirtschaftlicher Großbetriebe, 221 bäuerliche Wirtchaftsbeschreibungen, 8 genossenschaftliche Mitteilungen und 16 Berichte von Farmern und Pflanzungsgesellschaften in den Kolonien sowie eine Gesamtdarstellung der Landwirtschaft enthält.

Der Herausgeber, Prof. Dr. Dade, kann im Geleitwort mit berechtigter Freude sagen, daß damit ein Werk geschaffen ist, wie es in dieser Eigenart bisher weder in der deutschen Literatur noch in der Weltliteratur vorhanden war. Besonderes Verdienst gebührt, wie er mitteilt, dem Verlagsbuchhändler W. Jäh i. Fa. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., dem das Werk mit zu verdanken ist und der sich um die künstlerische Ausstattung des Werks mit großem Interesse bemüht hat.

Daß die deutsche Landwirtschaft mit ganz besonderem Dank auf die ruhige Entwicklung zurückblickt, welche sie unter der 25 jährigen fried- und segensreichen Regierung des Kaisers genommen hat, erhellt aus dem Schlußaufsatz des Werkes von Prof. Dade: Die Stellung der deutschen Landwirtschaft in der Landwirtschaft der Erde. Danach hat die deutsche Landwirtschaft in dieser kurzen Spanne von 25 Jahren eine Mehrproduktion erzielt, zu der sie früher 50 bis 100 Jahre und noch länger gebraucht hat. Deutschland ist nicht einseitiger Industriestaat geworden, sondern ein Agrar- und Industriestaat geblieben, in dem die Landwirtschaft auch in wirtschaftlicher Hinsicht der Industrie ebenbürtig zur Seite steht. Nächst Rußland, den Verein. Staaten und Argentinien hat Deutschland den größten Viehbestand; der Grund liegt z. T. in dem starken und steigenden Kartoffelbau, in dem Deutschland als Sieger dasteht; es bringt nicht weniger als ein Drittel der Weltproduktion von Kartoffeln hervor. Der Grund davon wiederum liegt hauptsächlich in der außerordentlich hohen Intensitätsstufe unseres Ackerbaues. Deutschland erzeugt ein Viertel der gesamten Weltproduktion an Roggen, 15 Prozent der Welthaferproduktion, über 10 Proz. der gesamten Gerstenproduktion! Wie intensiv der Ackerbau in Deutschland betrieben wird, ergibt sich aus dem Vergleich der Anbauflächen einerseits und der

Hektarerträge andererseits in den wichtigsten Agrarländern (S. 584, Bd. II, des Werkes).

Auch auf die interessanten Aufsätze: Die soziale Entwicklung der deutschen Landwirtschaft, ebenda S. 554, und: Die wirtschaftliche Entwicklung der deutschen Landwirtschaft, S. 565, sei hingewiesen.

Was das Werk selbst mit den anschaulichen Schilderungen so vieler kleiner wie großer landwirtschaftlicher Betriebe anlangt, so bedarf es keiner besonderen Ausführung, daß es für jeden Landwirt und für jeden, der sich für die Landwirtschaft interessiert, außerordentlich lehrreich ist. Von der Verschiedenheit und dabei Vielseitigkeit des landwirtschaftlichen Betriebes in den einzelnen Gegenden Deutschlands erhält man beim Studium des Werkes ein recht instruktives Bild. Ackerbau, Viehzucht, Rassezucht (z. B. das Gestüt des Grafen Schwerin in Löwitz, Bd. I, S. 88, die Original-Vollblut-Merino-Stammschäferei von Steiger in Leutewitz, Bd. II, S. 177, die Stammherde des weißen deutschen Edelschweines in Friedrichswert, Bd. II, S. 422), Geflügelzucht, Flachsbau, (Fürst Lichnowsky in Kuchelna Oberschlesien, Bd. I, S. 211—222, mit sehr interessanten Illustrationen), Weinbau, Garten- und Forstwirtschaft, Wiesenbau, Torfstich, Zuchtgärten, Saatgutzüchtereien (z. B. v. Stieglers Saat- und Kartoffelzüchtung in Sobotka, Bd. I, S. 141, Classens Saatzucht in Wronow, Bd. I, S. 146, desgl. von Lochows in Petkus, Bd. I, S. 288, Saatzuchtwirtschaft in Gelchsheim, Bd. II, S. 85—92, die Samenzucht von Gebr. Dippe in Quedlinburg, Bd. I, S. 449, die Saatzuchtwirtschaft von Fr. Strube in Schlanstedt, Bd. I, S. 483—498, von Cimbal in Frömsdorf (Schlesien), Bd. I, S. 237—247, von Steiger in Leutewitz, Bd. II, S, 181, von Kirsche-Pfiffelbach in Sundhausen, Bd. II, 427, in Friedrichswert, Bd. II, S. 423), Fischzucht, Bienenzucht usw., Betriebskosten, Erträge, Düngung, Maschinen, Zuckerfabriken usw., kurz, alles, was in der Landwirtschaft in Betracht kommt, wird behandelt.

Man findet auch zahlreiche Angaben über Arbeitslöhne, Arbeiterwohnungen, Wohlfahrtseinrichtungen (z. B. in Thunow-Streckenthin, Bd. I, S. 131).

Einer besonderen Empfehlung bedarf ein solches Werk selbstverständlich nicht.

Der Umstand, daß fast alle Irrenanstalten einen landwirtschaftlichen Betrieb besitzen, läßt es geboten scheinen, auch an dieser Stelle auf dieses Werk hinzuweisen.

Dr. Bresler.

— **Illustrierter Führer durch Bäder, Heilanstalten und Sommerfrischen.** Neubearbeitet von Dr. med. Erwin Jaeger. 6. Auflage. 720 Seiten. Leipzig 1912, Ernst Hedrich Nachf. In Leinen geb. 4 M.

Ein schöner, stattlicher Band, sorgfältig gedruckt, mit vielen hundert Abbildungen im Text, bietet uns der Führer einen Überblick über fast alle Bäder und Heilanstalten, die es für die leidende und erholungsbedürftige Menschheit gibt.

Eine interessante Abhandlung über den Vorzug der Winterkuren ist einem ausführlichen Artikel über die Anwendung des Radiums in der Medizin einleitend vorangestellt. Die Badeorte und Heilanstalten sind eingehend beschrieben und ermöglichen so einen klaren Überblick ihrer Eigenheiten.

Ein sachlich geordnetes Verzeichnis ermöglicht ein rasches Auffinden von Privatheilanstalten, Wasserheilanstalten, von Anstalten verschiedener Zwecke und Anstalten für Gemüts- und Nervenkranke usw. usw. Die Badeorte sind weiter nach ihrer Höhenlage geordnet und nach der Art ihrer Wässer, auch sind die Analysen der gebräuchlichsten Gesundbrunnen beigefügt.

Das Buch ist also außerordentlich reichhaltig und ein wirklich brauchbares Nachschlagewerk beim Aussuchen einer Heilanstalt oder Erholungsstätte.

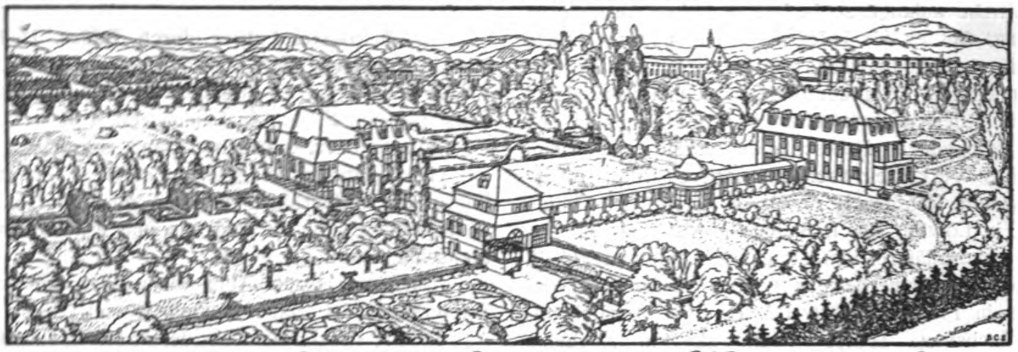
Der billige Preis von 4 Mark gebunden wird dazu beitragen, dem Buch weiteste Verbreitung zu sichern überall da, wo man Lust zum Reisen verspürt oder Erholung finden will.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

HEILANSTALT PÜTZCHEN VORM. DR. GUDDEN'SCHE HEILANSTALT GEGENÜBER BONN A. RH.



Für Nerven und Gemütskranke • Auch Entziehungskuren
8 Villen in 70 Morgen großem Park • Telefon: Amt Bonn 229
Dirigierender Arzt u. Besitzer: Dr. A. Peipers · 2. Arzt Dr. Wildenrat · 3 Ärzte

---

Marienheim zu Kreuzburg O.-S.

Heil- und Pflegeanstalt für nerven- und gemütskranke Damen

63 Plätze ◇ 2 Pensionsklassen: 200 und 120 M. monatlich

Meldungen erbittet: **Der Vorstand des Diakonissen-Mutterhauses „Bethanien"**

Dr. Bernards Kuranstalten

Godeshöhe

für Nervenkranke usw. Völlig davon getrennt: Kurpension für Erholungsbedürftige. Man verlange Prospekt. Godesberg a. Rh.

LINDENHOF bei Dresden

Dr. Piersons Heilanstalt

für Gemüts- und Nervenkranke.

Bahnstation Coswig, in 20 Minuten von Dresden zu erreichen.

Moderne, in anmutigem Villenstil gebaute, in einem 10 Hektar großen Park gelegene Anstalt für Gemüts- und Nervenkranke beiderlei Geschlechts

Komfort der höher. Stände, Warmwasserheizung, elektrische Beleuchtung. Für Patienten mit außergewöhnlichen Ansprüchen abgeschlossene Wohnungen von 3 Zimmern, Garderobe, Veranda etc.

Näheres durch illustrierten Prospekt. —— Drei Assistenzärzte.

Dirig. Arzt: **Dr. Fr. Lehmann.**

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Vor kurzem erschien:

Leitfaden für Irrenpfleger

von

Dr. Ludwig Scholz,

Direktor a. D. der Prov.-Irren- und Idiotenanstalt Kosten i. Posen.

Vom Deutschen Verein für Psychiatrie gekrönte Preisschrift.

10. Auflage.

Preis M. 1,50.

Die 9. Auflage war innerhalb 5 Monaten vergriffen.

Prospekt

Die Deutsche Landwirtschaft

unter

Kaiser Wilhelm II.

Mutterland und Kolonien

Zum 25jährigen Regierungsjubiläum
Seiner Majestät des Kaisers

herausgegeben von

Prof. Dr. Dade

Generalsekretär des Deutschen Landwirtschaftsrats
Privatdozent an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

Erster Band

Königreich Preußen

Mit 543 Abbildungen

Zweiter Band

Königreich Bayern / Die übrigen Bundesstaaten
Die Kolonien / Gesamtentwickelung

Mit 481 Abbildungen

Zwei Bände mit zusammen XVII und 1293 Seiten auf Mattkunstdruckpapier]

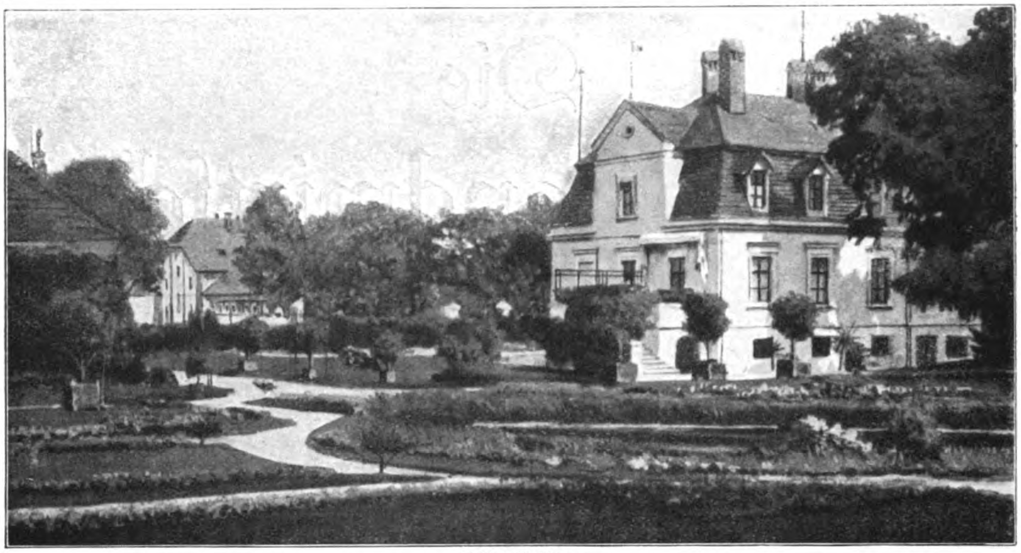
Der erste Band ist mit dem Bildnis des Kaisers, der zweite mit dem des Prinzregenten Ludwig von Bayern in Intagliodruck geschmückt

Preis in vornehmem Einband Mark 40.–

Beide Bände werden nur zusammen abgegeben.

Halle a. S. / Carl Marhold Verlagsbuchhandlung / 1913

Das schönste Geschenkwerk für jeden Landwirt u. seine Familie!



Schloß Cadinen

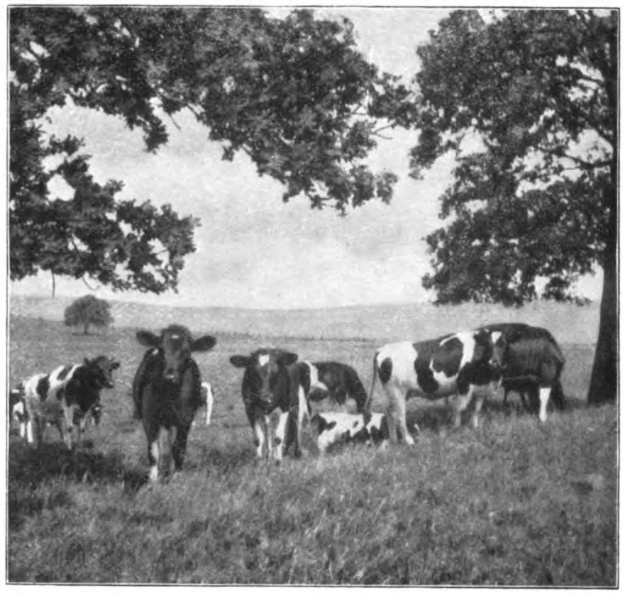
Um Sr. Majestät dem Kaiser in würdiger Weise eine Huldigung der deutschen Landwirtschaft zum 25jährigen Regierungs-Jubiläum darzubringen, haben sich mehrere Hunderte von Landwirten aus allen Gauen Deutschlands und den Kolonien zusammengetan, um das vorliegende Gedenkwerk zu schaffen. — Im Frühjahr 1912 erging ein Aufruf an zahlreiche Gutsbesitzer, der von den angesehensten Landwirten, vor allem von den Präsidenten der Landwirtschaftskammern und anderen landwirtschaftlichen Körperschaften der Bundesstaaten unterzeichnet war und in dem der Gedanke der Festgabe in folgender Weise entwickelt wurde:

„Das Werk soll *eine Ehrengabe deutscher Landwirte* für Se. Majestät den Kaiser zu seinem 25jährigen Regierungs-Jubiläum 1913 sein. Es wird ein *Denkmal der glänzenden technischen Entwickelung* bilden, welche die Landwirtschaft unter der Regierung unseres hochherzigen und tatkräftigen Kaisers erlebt hat. Während die bisherigen Werke über die deutsche Landwirtschaft Gesamtschilderungen der verschiedenen Zweige, wie des Ackerbaues, der Viehzucht, der technischen Nebengewerbe und des Forstwesens bilden, soll *dieses Werk zum ersten Male mosaikartig die einzelnen landwirtschaftlichen Betriebe selbst in ihrem Wirken und Schaffen* und damit in ihrer volkswirtschaftlichen Bedeutung für Handwerk, Industrie, Handel und Verkehr sowie für die Volksernährung vor Augen führen. Eine *Darstellung der Gesamtentwickelung der Landwirtschaft*, dieses sichersten und unentbehrlichsten Grundpfeilers unseres deutschen Vaterlandes, wird den Schluß des Werkes bilden.

Angesichts der Millionenzahl landwirtschaftlicher Betriebe kann es sich bei diesem Werke nur um eine Auswahl von Betrieben handeln, die für die verschiedenartigen Landschaften Deutschlands, für die abweichenden Wirtschaftsweisen und für die einzelnen Größenklassen, Groß-, Mittel- und Kleinbetriebe, in Betracht kommen. Aber auch in dieser Beschränkung wird das Werk von großem Umfange sein und ein imposantes Bild von dem Werdegang und dem technischen Siegeszug der deutschen Landwirtschaft im letzten Menschenalter und von ihrer heutigen Höhe bieten. Die Herausgabe eines solchen Werkes erscheint um so mehr erwünscht, als bei der lawinenartigen Zusammenballung unseres Volkes in den Großstädten und bei der fieberhaften Entwickelung der Industrie das Verständnis für die hohe wirtschaftliche und soziale Bedeutung der Landwirtschaft und der Landbevölkerung in weiten Kreisen mehr und mehr schwindet."



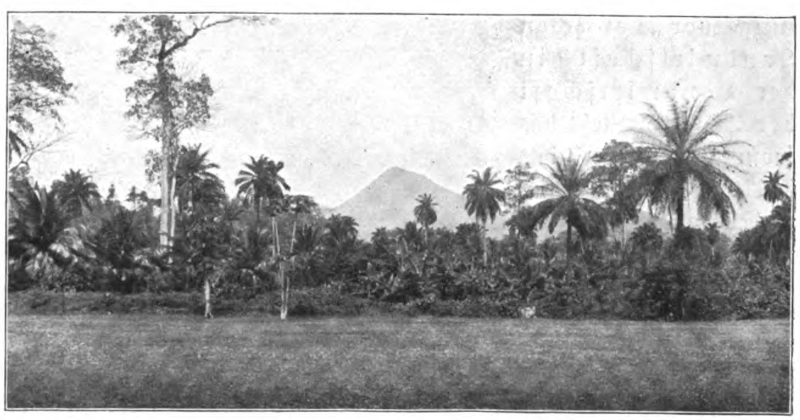
Dank dieser Aufforderung ist das vorliegende äußerst lehrreiche Kaiserwerk der Landwirtschaft zustande gekommen. Das Werk enthält **140 Schilderungen landwirtschaftlicher Großbetriebe (darunter Cadinen, Urville, Leutstetten, Lieser, Löwitz, Petkus, Schlanstedt usw.), 221 bäuerliche Wirtschaftsbeschreibungen, 8 genossenschaftliche Mitteilungen und 16 Berichte von Farmern und Pflanzungsgesellschaften in den Kolonien.** Zur Veranschaulichung und Belebung des Textes sind den beiden Bänden **über 1000 Abbildungen** beigegeben, die u. a. eine Abwechselung der schönsten und altertümlichen Schlösser und Bauernhäuser, Landschaften usw. geben, wie sie in dieser Reichhaltigkeit

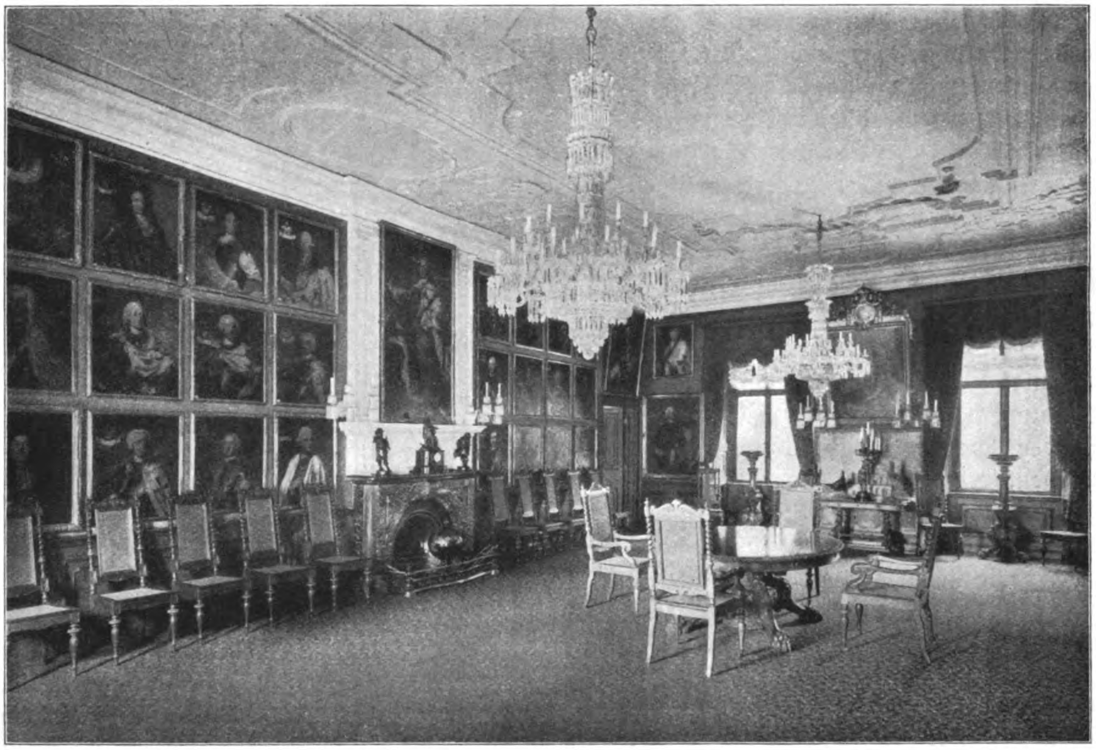




wohl kaum anderweitig je geboten worden ist.

Unsere Leser finden hier wie in keinem anderen Werke das gesamte Material über Geschichte, Charakter, Bewirtschaftung, Arbeiterverhältnisse von Hunderten einzelner landwirtschaftlicher Betriebe, über die Entwicklung der Anbauflächen und der Ernten in den letzten 30–40 Jahren, über die Entwickelung des Viehbestandes, vor allem aber auch — was in handelspolitischer Hinsicht von der größten Bedeutung ist — eingehende Angaben über die jährlich zum Verkauf kommenden Mengen von Getreide, Schlachtvieh, Zuchtvieh, sowie Milch, Butter, Eier, Gemüse, Obst, Wein usw., und zwar nicht nur





beim Großbetrieb, sondern auch beim Kleinbetrieb, so daß jeder erkennen kann, auf welchen Einnahmen die Existenz der Millionen bäuerlicher Kleinbetriebe in Deutschland beruht. **Das vorliegende Werk bildet deshalb für den, der sich ein objektives Urteil über die Landwirtschaft und ihre künftige Stellung im deutschen Wirtschaftsleben bilden will, eine unentbehrliche und unerschöpfliche Fundgrube.** Der Großgrundbesitzer von über 1000 ha steht darin neben dem bäuerlichen Besitzer von 10—50 ha und neben dem Parzellenbesitzer von nur 2—5 ha. Alle umschlingt das soziale Band gemeinsamer Interessen, da bei allen der wirtschaftliche Erfolg auf derselben Grundlage der landwirtschaftlichen Produktion beruht.

An diese sehr interessanten Einzelbeschreibungen schließt sich die Darstellung der sozialen und wirtschaftlichen Gesamtentwickelung der deutschen Landwirtschaft 1888—1913 an. Eine Übersicht über die Stellung der deutschen Landwirtschaft in der Landwirtschaft der Erde beschließt das monumentale Werk, das in dieser Eigenart bisher weder in der deutschen noch in der Weltliteratur ein Gegenstück hatte.



Bestellkarte einliegend!

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag

Spamersche Buchdruckerei in Leipzig

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 18. 2. August. **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Die psychiatrisch-neurologische Klinik der Reichs-Universität Utrecht. Von Prof. Dr. K. Heilbronner, Utrecht. (S. 211.) — Mitteilungen (S. 218.): Zur Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse. Psychiatrische Aufnahmestation und Poliklinik in Marburg. — Referate (S. 219). — Personalnachrichten (S. 219). — Therapeutisches (S. 220).

Die psychiatrisch-neurologische Klinik der Reichs-Universität Utrecht.

Von Prof. Dr. **K. Heilbronner,** Utrecht.

Die am 16. Mai 1913 eröffnete psychiatrisch-neurologische Klinik der Reichs-Universität Utrecht bietet, was Bau, Einrichtung und Organisation anlangt, so vielerlei Vergleichspunkte mit den deutschen analogen Instituten, daß eine kurze Darstellung an dieser Stelle vielleicht auf einiges Interesse rechnen kann.

Schon die Vorgeschichte der Klinik ist in dieser Beziehung, man darf wohl sagen, typisch; die Hilfsmittel, die dem psychiatrischen Unterrichte zu Gebote standen, als ich 1904 als Nachfolger Ziehens die „Klinik" übernahm, flossen aus der Utrechter Irrenanstalt; dem Professor der Psychiatrie stand vertragsmäßig das Recht zu, die Kranken der untersten Klasse zu untersuchen, zu demonstrieren und, wenn er wünschte, auch in seine Behandlung zu nehmen; er konnte auch über in toto 15 Betten verfügen, in die Patienten — allerdings erst nach Erfüllung der umständlichen Aufnahmeformalitäten für die Irrenanstalt — auf Unterrichtskosten aufgenommen werden konnten; die Kranken blieben aber zusammen mit den übrigen Anstaltskranken, deren Behandlung ebenso wie die gesamte Leitung der Anstalt seinem Einfluß vollständig entzogen war, ganz abgesehen davon, daß das verfügbare Krankenmaterial — trotz der Freibetten, die infolge der Aufnahmeschwierigkeiten zumeist nicht zu belegen waren — quantitativ und qualitativ ganz unzulänglich für Unterrichtszwecke war. Im Verhältnis zu diesen mehr als bescheidenen klinischen Hilfsmitteln konnten einige als Laboratorien eingerichtete Räume selbst noch als einigermaßen üppig gelten.

Auch die weitere Entwicklung bietet auffällige Analogien zu den Verhältnissen in Deutschland: ebenso wie ich aus dem Munde Wernickes und Hitzigs gehört hatte, daß man ihnen zunächst durch Verquickung der Klinikfrage mit den Bedürfnissen der Strafrechtspflege entgegenzukommen versuchte, wurde ich sehr bald vor die Frage gestellt, ob ich die Leitung einer zu errichtenden Beobachtungsabteilung für Untersuchungsgefangene übernehmen wolle, die vielleicht dann den Kern einer späteren Klinik bilden könne. Ich lehnte — mit kräftiger Unterstützung der Fakultät — den Vorschlag ab; die Beobachtungsabteilung ist übrigens überhaupt nicht zustande gekommen. Einige Zeit später sollte der Versuch gemacht werden, ob Räume der Utrechter Irrenanstalt, die durch Evakuierung in eine neu-errichtete ländliche Abteilung frei geworden waren, als klinische Abteilung einzurichten wären, etwas später der weitere, ob eine geplante große Staatsirrenanstalt für Unterrichtszwecke heranzuziehen wäre; ich mußte gegenüber all diesen Kompromißvorschlägen, die wohl eine Beseitigung des allerdringendsten augenblicklichen Notstandes herbeigeführt hätten, eine durchgreifende Reform aber auf absehbare Zeit hintangehalten hätten, auf meiner Forderung der selbständigen Klinik ohne den Charakter der Irrenanstalt und mit freier Aufnahme beharren.[1])

[1]) Besser als für den psychiatrischen war für den neurologischen Unterricht gesorgt, trotzdem für diesen eine offizielle Regelung überhaupt nicht bestand. Zu Unterrichtszwecken stand mir das neurologische Material der internen Klinik zur Verfügung, deren Leiter (Prof. Talma) mir sogar seine Freibetten zur Aufnahme meiner Patienten zur Verfügung stellte, außerdem das reichliche Material des städtischen Krankenhauses (Dr.

Im Frühjahr 1907 erhielt ich nach dreijährigem Kampfe vom Ministerium die Zusage, daß auf den folgenden Etat die Mittel für eine solche Klinik gebracht werden sollten, zugleich den Auftrag, die Pläne vorzubereiten. Im Dezember desselben Jahres wurden nach Überwindung einiger unerwarteter Fährlichkeiten die Mittel der Vorlage entsprechend in der Kammer bewilligt.

Ich möchte nicht versäumen, hervorzuheben, daß sowohl seitens der Universitätsbehörde als auch des Ministeriums meinen Anträgen und Wünschen nach jeder Richtung in der weitgehendsten und wohltuendsten Weise entgegengekommen wurde, sowohl bezüglich des Baues als auch bezüglich der von den hiesigen Gewohnheiten einigermaßen abweichenden Organisation. In den 5½ (!) Jahren, die von der Bewilligung der Mittel bis zur Aufnahme der ersten Kranken vergingen, habe ich dann allerdings, wohl gleich manchem anderen in gleicher Lage, die Erfahrung machen müssen, daß sich zwischen Plan und Ausführung Widerstände einschieben können, deren Beseitigung, auch wenn sie gelingt, nicht immer zu den angenehmsten Aufgaben gehört.

Bezüglich des Umfanges der Klinik wurde meinem Antrage, für 80 Patienten zu bauen, entsprochen; ich glaubte, damit den Bedürfnissen des Unterrichtes (ca. 500 Mediziner!) zu genügen, und doch nicht die Grenze zu überschreiten, jenseits deren dem Leiter der Klinik die Übersicht unmöglich würde; der letztere Gesichtspunkt mußte um so mehr berücksichtigt werden, als aus hier nicht zu erörternden Gründen nicht zu allen Zeiten mit Sicherheit auf Assistenten oder Oberärzte mit der Befähigung zu selbständiger Tätigkeit gerechnet werden kann. Da auch mein Vorschlag, für die 80 Patienten zur Erleichterung der Verlegungen und der Sicherung der Aufnahmefähigkeit der Klinik einen ca. 10prozentigen Bettenüberschuß zur Verfügung zu stellen, bewilligt wurde, 4 Betten, die in den Isolierzimmern stehen, nicht unter den Bestand gerechnet sind und, auf die verschiedenen Säle verteilt, sechs Kinderbetten über den Etat eingestellt sind (die notabene schon bald nach der Eröffnung sich als zu wenig erwiesen), verfügt die Klinik tatsächlich über 100 Betten. Die Zukunft wird lehren müssen, ob die zunächst bestehende Absicht durchführbar ist, die Klinik nicht bis zum Maximum der Aufnahmefähigkeit zu belegen und namentlich von der Einstellung der (vorsichtshalber allerdings angeschafften!) Reservebetten, die bei der reichlichen Dimensionierung der Räume ohne Überbelegung möglich wäre, abzusehen.

Die Platzfrage für die Klinik löste sich von selbst, nachdem ich mich angesichts der Frage: großes Terrain außerhalb der Stadt oder etwas beschränkteres innerhalb derselben und in unmittelbarer Verbindung mit den anderen Kliniken? vorbehaltslos im letzteren Sinne entschieden hatte; die Klinik mußte dann auf das einzige in der Nähe der Kliniken überhaupt noch unbebaute, ca. 1 ha große Terrain kommen, das trotz seiner Lage in der Stadt nur an einer Seite — der Ostseite — an einer schon mit Wohnhäusern bebauten Straße liegt; gegenüber der Front steht das Verwaltungsgebäude der elektrischen Zentrale, die Zugangsstraße endigt blind mit der Klinik und kann praktisch als verkehrlos betrachtet werden; nach rückwärts grenzt die Klinik an Kesselhaus und Wäscherei der vereinigten Kliniken und kommuniziert hier mit diesen derart, daß Krankentransporte (auch Leichentransporte nach dem pathologischen Institut) ohne Benützung der Straße stattfinden können; an der vierten Seite grenzt das Terrain — leider — an den Bahnkörper, von dem es nur durch eine schmale, dem allgemeinen Verkehr entzogene Zufahrtsstraße nach dem weiterhin anschließenden städtischen Krankenhause geschieden ist. Eine Parzelle in der Nordostecke des Terrains war zur Zeit der Ausarbeitung und Genehmigung der Pläne schon in Privatbesitz übergegangen und vor kurzem mit mehreren Einfamilienhäusern bebaut worden. Diese Parzelle wurde erst später angekauft und nach Abbruch der Häuser zur Errichtung des Direktor-Wohnhauses bestimmt. Aus etatsrechtlichen Gründen blieb die Gemeinde Utrecht, der das Hauptterrain gehörte, Eigentümerin des Gesamtgrundstückes, das dem Reiche in Erbpacht unter Zugrundelegung eines Wertes von ca. 150 000 fl (= 250 000 M), für den die entsprechende Rente zu entrichten ist, überlassen ist. Ein weiterer der Stadt gehöriger, südlich an die Klinik sich anschließender Streifen von ca. 150 Meter Länge und 36 Meter Breite ist neuerlich unter der ausdrücklichen Auflage, daß er nicht bebaut werden darf, gepachtet und mit gärtnerischen Anlagen versehen worden, die, sobald sie einigermaßen angewachsen sind, eine wertvolle Ergänzung der zwischen den Abteilungen liegenden Gärtchen bilden werden.

Bosscha), in dem früher die sämtlichen Kliniken waren jetzt noch die interne untergebracht ist. Nach Eröffnung der neuen chirurgischen Klinik wurden die neurologischen Fälle, die einiges chirurgisches Interesse zu bieten versprachen, da aufgenommen, und meine Klinik nicht selten in deren Hörsaal (gelegentlich übrigens zur Demonstration von Puerperalpsychosen u. dgl. auch in der neuen Frauenklinik!!) abgehalten. Auch die Räume für die Poliklinik wurden von der internen Klinik „geborgt" sodaß also nach dieser Richtung trotz mancher Unbequemlichkeiten und damit gepaarten Zeitverlustes doch leidlich befriedigende Zustände herrschten.

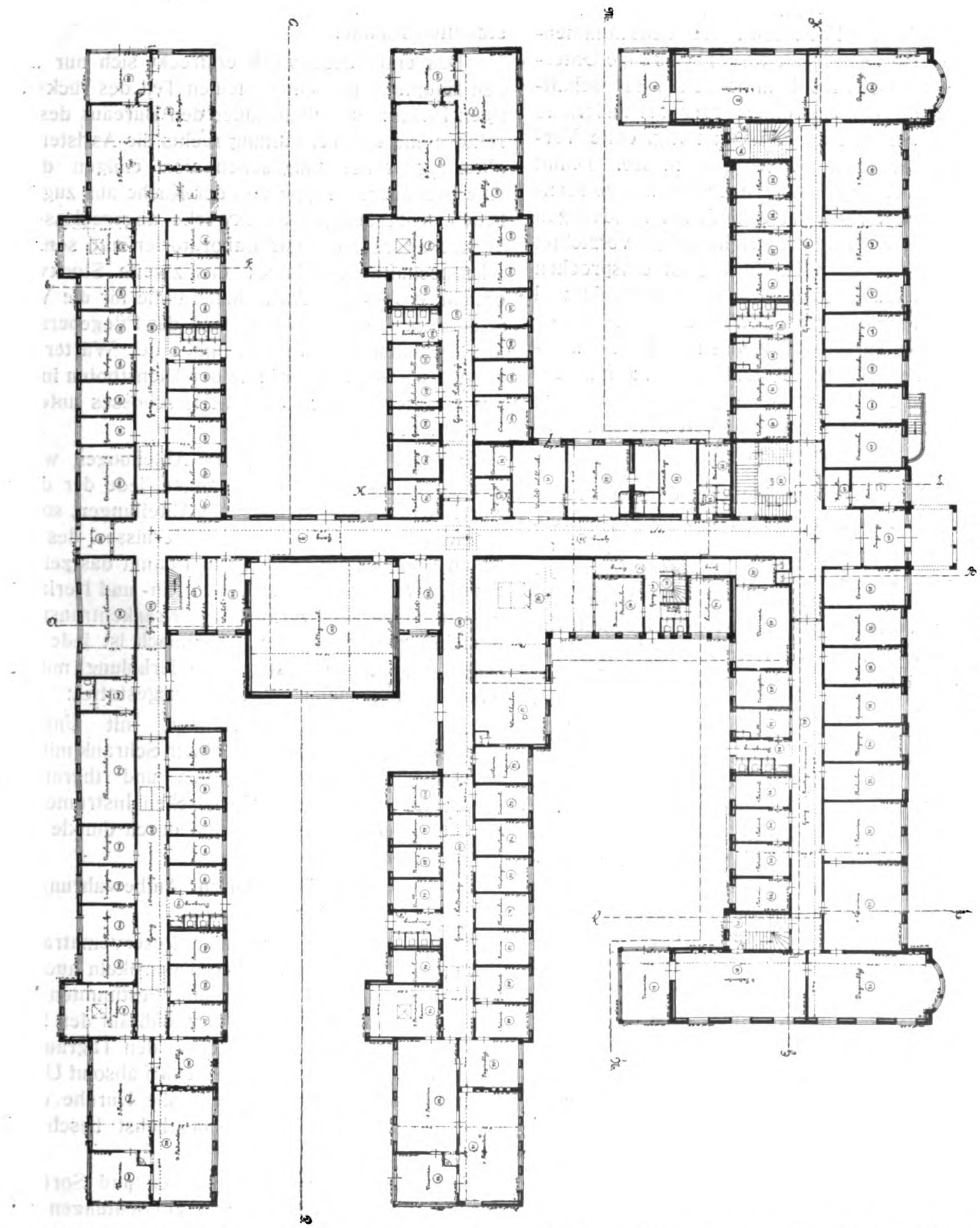


Abb. 1. Erdgeschoß.

Die Klinik liegt kaum 2 Minuten von einer Haltestelle der Trambahn entfernt, die in ca. 5 Minuten zum Bahnhof, in 10 Minuten zum Stadtzentrum führt.

Der Ausnützung des Geländes kam es zugute, daß für Kesselhaus und Wäscherei nicht zu sorgen war: die entsprechenden Einrichtungen der vereinigten Kliniken werden mitbenutzt. Dagegen ergaben sich bei der Ausarbeitung des anfänglichen Planes eines gemeinschaftlichen Küchenbetriebes bald derartige Schwierigkeiten, daß die ursprünglichen Pläne noch durch eine eigene Küche ergänzt wurden.

Bei der Bearbeitung der generellen Pläne

wurde von der Forderung ausgegangen, daß jeder Patient in jeden für Patienten in Betracht kommenden Raum, also auch in die für klinische Untersuchungen in Betracht kommenden wissenschaftlichen Räume, nicht nur ohne Transport außerhalb des Hauses sondern auch, wenn nötig, ohne Verlassen des Bettes zu bringen sein müsse. Damit mußte von vornherein auf die Errichtung getrennter Baracken für die verschiedenen Abteilungen (wie sie z. B die Klinik in Halle zeigt) verzichtet werden. Der zweiten Forderung ist entsprochen durch Vermeidung aller Niveauunterschiede und Treppen innerhalb der Stockwerke, entsprechende Gestaltung der Türschwellen und reichliche Dimensionierung der Türen, Korridore (3 m für den Haupt-, 2,5 m für die Abteilungskorridore) und des Personenliftes, der ein Patientenbett mit dem nötigen Personal befördern kann.

Um gleichwohl zu verhindern, daß übereinanderliegende Abteilungen sich gegenseitig stören, wurde nach längeren Erwägungen beschlossen, an dem Prinzip des Barackenbaues insofern festzuhalten, daß alle Krankenabteilungen nach dem Erdgeschoß verlegt, aber an eine gemeinschaftliche Mittelachse angegliedert wurden. Der beifolgende Grundriß des Erdgeschosses zeigt, daß diese Lösung des Problems trotz des nicht allzu großen Terrains gelungen ist und gleichwohl noch für jede Abteilung ein kleiner Garten übrig blieb. Wo Raum und Mittel dies einigermaßen erlauben, scheinen mir die Vorteile einer derartigen Anordnung die zweifellos — namentlich bei ungünstigen Grundverhältnissen — durch Mehrung der Fundierungsarbeiten entstehenden Mehrkosten reichlich aufzuwiegen; hier konnten die Flügelbauten ohne Unterkellerung errichtet werden, während für das unterkellerte Hauptgebäude und einen Teil des Längskorridorbaues sehr kostspielige Pfahlroste errichtet werden mußten. Außer den ohne weiteres einleuchtenden Vorteilen lauter ebenerdiger Krankenräume ergab sich hier noch ein besonderer: da das Erdgeschoß entsprechend der hier ganz allgemeinen üblichen Bauart fast im Niveau des Terrains liegt, besteht die Möglichkeit, alle Kranken mit ihren Betten in die Gärten zu fahren.

Die Gesamtanordnung des Gebäudes stellt sich demnach wie folgt dar: die ganze Anlage wird — infolge der aus den Terrainverhältnissen (s. o.) sich ergebenden Verkürzung des Hauptgebäudes allerdings nicht ganz symmetrisch — durch den großen Längskorridor geteilt, an den sich links in drei Flügeln die weiblichen, rechts die männlichen Abteilungen anschließen; der Mittelachse angelagert sind die zu gemeinschaftlichem Gebrauche bestimmten Räume.

Das erste Stockwerk erstreckt sich nur über den Hauptbau und einen kleinen Teil des rückwärtigen Baues: es enthält außer den Bureaus des Direktors und der Verwaltung rechts die Assistentenabteilung, sonst (abgesehen von einigen durch eine besondere Treppe von der Küche aus zugänglichen, vom übrigen Stockwerke abgeschlossenen Wirtschaftsräumen) nur Laboratorien und sonstige wissenschaftliche Räume; das zweite Stockwerk enthält Wohn- und Aufenthaltsräume für die Wirtschafterin, Oberschwestern und das Pflegepersonal mit Ausnahme der Schlafzimmer der Wärter, die ebenso wie die Schlafräume der Dienstboten in den ausgebauten Räumen des Dachgeschosses untergebracht sind.

Bei der Projektierung der Abteilungen wurde von dem Grundsatze ausgegangen, jede der durch Korridortüren abgeschlossenen Abteilungen, soweit irgend möglich, mit allen Erfordernissen des täglichen Dienstes auszustatten und damit das zeitraubende, ermüdende und störende Hin- und Herlaufen des Personals und vermeidbare Krankentransporte tunlichst zu beschränken. Demnach ist jede derselben (also in sechsmaliger Wiederholung) mit den folgenden allgemeinen Räumen ausgestattet:

1. Ein Untersuchungszimmer, mit Untersuchungssofa, Personenwage, einem Schrank mit dem hauptsächlichsten diagnostischen und therapeutischen Apparat, kleinem elektrischen Instrumentenkocher, einem Schreibtisch und durch dunkle Vorhänge zu verfinstern.

2. Ein Garderobenraum zur Aufbewahrung der eigenen Kleidung der Patienten.

3. Ein Magazin, das außer Reservematratzen, Decken und anderen Verpflegungsartikeln auch die Hauptmenge der für die Abteilung bestimmten Vorräte an Wäsche usw. enthält, so daß auf den Sälen selbst (und zwar ausschließlich in den Tagräumen) nur das für den unmittelbaren Bedarf absolut Unentbehrliche aufbewahrt wird und die Unruhe durch Ein- und Ausräumen usw. möglichst beschränkt wird.

4. Ein Raum zum Aufbewahren und Sortieren der gebrauchten Wäsche mit Vorrichtungen zum Spülen der Nachtgeschirre usw. und einem nach außen zu ventilierenden Aufbewahrungsschrank für Urine usw.

5. Eine Teeküche mit kleinem Dampfkochtopf (Gasleitungen sind auf den Krankenabteilungen absichtlich vermieden) und, abgesehen von den nötigen Schränken, Anrichten usw., einem Wärme-

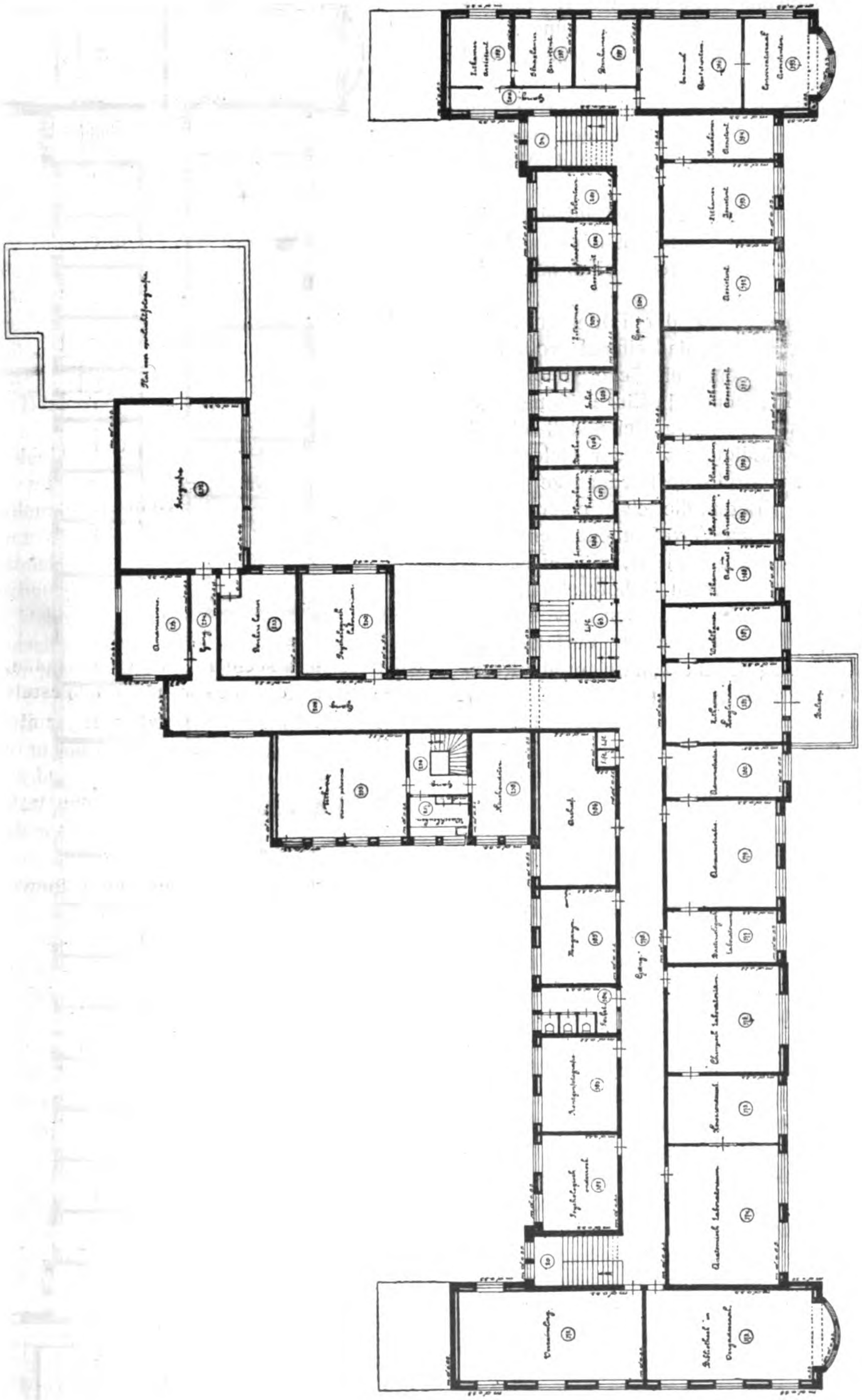


Abb. 2. Erster Stock.

schrank mit Wärmeplatte, auf der das Essen portionsweise hergerichtet wird, so daß es ohne weiteres auf Verteiltischen nach den Sälen gefahren und an den Betten ausgegeben werden kann.

6. Ein Badezimmer, auf den kleineren (psychiatrischen) Abteilungen mit je einer, auf den größeren (neurologischen) Abteilungen mit je zwei Wannen und einem Kinderbade.

7. Auf jeder Abteilung zwei (nur auf einer ein) Wärterzimmer, die vom Saale aus einzeln durch elektrische Schellen zu alarmieren sind, wenn die Nachtwache Hilfe braucht.

Für die Unterbringung der Patienten selbst wurde davon ausgegangen, daß einmal große Säle vermieden und außerdem reichliche Gelegenheit zur Verpflegung von Kranken in Einzelzimmern geschaffen werden sollte. Ich gestehe, daß ich mit einer gewissen Befriedigung von der Gelegenheit Gebrauch machte, theoretische Forderungen in die Wirklichkeit zu übertragen, die ich in einer meiner frühesten psychiatrischen Veröffentlichungen[1]) vertreten hatte, und die mir auch jetzt, mit reiferer Erfahrung als sie mir damals zu Gebote stand, noch berechtigt schienen. Weiterhin schien es von Wichtigkeit, ausreichend Tageräume zur Verfügung zu haben, um das Zirkulieren nicht bettlägeriger Kranker zwischen den Betten zu verhindern, das auf den neurologischen, resp. ruhigen psychiatrischen Abteilungen die Bettpatienten stört und belästigt, auf den unruhigen ein Hemmnis für die Durchführung der Bettbehandlung darstellt.

Das Resultat war, daß zunächst die größten Säle auf der neurologischen Abteilung je sechs, die der psychiatrischen Abteilungen je fünf Plätze enthalten; dazu kommen allerdings die Kinderbetten, die zur Zeit nach Bedarf eingeschoben werden; ihre Vereinigung zu einem Kinderzimmer auf den neurologischen Abteilungen erschien naheliegend, aber mit Rücksicht auf die zu erwartenden zahlreichen Hysterien nicht unbedenklich. In Einzelzimmern können von den 80 Patienten 20, d. i. 25 Proz., untergebracht werden (ohne Berücksichtigung der Isolierzimmer); einige Zimmer sind, ohne jeglichen Anspruch auf Luxus, etwas reichlicher ausgestattet zur Aufnahme von Patienten einer sog. Extraklasse, denen gegen Entrichtung höherer Verpflegungssätze auch einige sonstige Annehmlichkeiten zugestanden werden; da die Aufnahme etwas anspruchsvollerer Kranker doch unvermeidlich ist, erschien es angezeigt, die Klinik für deren Versorgung auch entsprechend auszurüsten. Von Aufenthaltsräumen enthält jede Abteilung außer dem Tag-

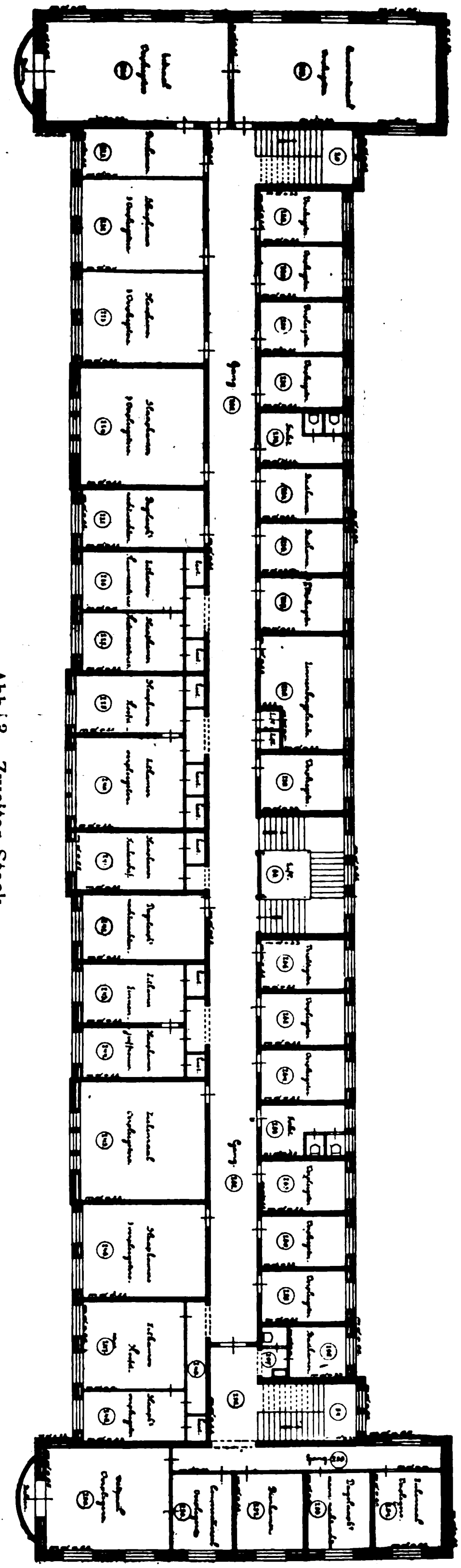


Abb. 3. Zweiter Stock.

[1]) Bettbehandlung und Einzelzimmerbehandlung. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 53.

raum, der auf der neurologischen Abteilung einen großen Saal, auf den psychiatrischen ein kleineres Zimmer darstellt, eine Veranda, die im Sommer nach Herausnahme der Glaswände eventuell ganz offen gebraucht, im Winter vollständig abgeschlossen und geheizt werden kann.

Über die Verteilung der Räume orientiert der Grundriß genügend. Die Bestimmung der Abteilungen ist so gedacht, daß die an der Front gelegenen im Wesentlichen als neurologische, die folgende als ruhigere, die letzte als unruhige psychiatrische Abteilung gebraucht wird. Im übrigen soll eine Scheidung zwischen neurologischen und psychiatrischen Abteilungen, die sich ja praktisch nicht durchführen läßt, auch formell nicht gemacht werden. Die Bezeichnung der Abteilungen erfolgt durch Nummern.

Auf der neurologischen Abteilung, auf der eine absolut ununterbrochene Aufsicht nicht für alle Patienten nötig ist (eine Nachtwache ist auch hier eingerichtet so daß z. B. leichtere Depressionszustände immerhin noch genügende Überwachung finden und hier gehalten werden können), schien es angängig, die Räume etwas auseinanderzuziehen, insbesondere die Einzelzimmer jenseits der Korridore zu legen, da speziell für die hier zu verpflegenden Kranken eine eigentliche Bewachung nicht in Frage kommt, während sie nötige Hilfe jederzeit durch die elektrischen Klingeln herbeirufen können.

Auf den psychiatrischen Abteilungen ist durch Aneinandervorbeischieben zweier Säle, die unter sich und mit dem Tageraum durch große Schiebetüren verbunden sind, ein Komplex entstanden, der je nach der Stellung der Türen einen einheitlichen, leicht übersichtlichen Betrieb oder eine mehr weniger vollständige Trennung erlaubt. Von den drei Einzelzimmern sind zwei, was namentlich nachts von Wichtigkeit ist, von der Wache aus mit zu übersehen, der dritte Kranke oder ein besonders überwachungsbedürftiger Kranker aus einem der beiden anderen Zimmer wäre eventuell für die Nacht nach dem Tagraum oder überzählig nach einem der Säle zu verbringen.

Die Lösung der Klosettfrage für die psychiatrische Abteilung ergibt sich aus dem Plane; bis jetzt hat noch niemand hinter den Vorhängen, die diese Nischen abschließen, Klosetts vermutet; für ausreichende Ventilation sorgen hohe Aufsätze über den Klosetts; ob dadurch in der kälteren Jahreszeit nicht störender Zug entsteht, wird allerdings die Erfahrung zu lehren haben.

Die Einrichtung der Säle unterscheidet sich nicht von der anderer Krankenräume und ist auf psychiatrischen und neurologischen Abteilungen mit ganz geringen Ausnahmen identisch; sämtliche Säle und Einzelzimmer mit Ausnahme der Zimmer auf der unruhigen Abteilung haben laufendes warmes und kaltes Wasser; daß in den Schlafsälen keinerlei Schränke usw. stehen, ist schon erwähnt. Zur Unterbringung der nötigsten Utensilien, auch der Telephone, Kontakte für die Wachkontrolle und die elektrischen Kochapparate für die Nachtwache sind zahlreiche Mauernischen schon beim Bau vorgesehen, da es bei der Dünne der hier üblichen Mauern unmöglich gewesen wäre, diese nachträglich anzubringen.

Die permanenten Bäder schließen unmittelbar an den einen der Säle an; jede der psychiatrischen Abteilungen verfügt bei einer Maximalbelegungsstärke von 13 Betten über drei Bäder; wie überall sind auch für die permanenten Bäder Fayencewannen gebraucht (in toto zählt die Klinik deren inklusive der für das Personal bestimmten 29). Die in die Wand eingelassene Mischbatterie hat zweierlei Leitungen: eine Füll- und eine Nachfüllleitung, erstere mit gewöhnlichem, letztere mit selbstregulierendem Mischhahn; durch entsprechende Gestaltung der Schlüssel ist die erstere nur dem Oberwartepersonal, resp. den Abteilungsschwestern zugänglich, die mit der Aufsicht über den Kranken betraute Schwester kann nur die Menge des durch die Nachfüllleitung zufließenden Wassers und dessen Temperatur innerhalb sehr enger Grenzen regeln, bei deren Überschreitung selbsttätig ein Alarmsignal in Tätigkeit tritt. Die Bedienung der Hähne erfolgt durch Öffnungen in den eisernen Türen der Batterie; um Verwechslungen der Hähne zu vermeiden, sind auf die Türen nicht nur die Nummern der Wannen neben die Hähne, sondern auch noch ein Grundriß des Baderaumes mit den Wannen gezeichnet. Die Erfahrung wird zu lehren haben, ob trotz der reichlichen Gelegenheit zur Trennung der Kranken noch ein entsprechendes Bedürfnis zur Ausnützung dieser jedenfalls reichlichen Badegelegenheit besteht, (die gewöhnlichen Badezimmer bestehen unabhängig davon) resp. ob die Dauerbadbehandlung gegenüber der Einzelzimmerbehandlung wesentliche Vorzüge ergeben wird. (Beiläufig mag bemerkt sein, daß für die weiblichen Kranken zum Gebrauche im Dauerbade Schwimmanzüge vorgesehen sind; da die Erfahrung lehrt, daß von den meisten Kranken die sonst vielfach im Bade getragenen Hemden geschont werden, hoffe ich, daß sich der Versuch bewähren wird.)

An das Dauerbad grenzt je ein Isolierzimmer; auch bezüglich der Notwendigkeit und Berechtigung eines solchen habe ich meine frühere Ansicht nicht

zu ändern brauchen; das Isolierzimmer hat Doppeltüren, davon die innere mit einem großen Beobachtungsfenster, abgerundete Ecken, ein festes Klosett, eine gesicherte Beleuchtung mit Tag- und Nachtlampe und Holzzementboden; im übrigen entsprechen die Dimensionen usw. denen der Einzelzimmer. Die Doppelmauer gegen die Klosetts hat nur den Zweck, das von diesen verursachte Geräusch abzuschwächen.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Zur Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse.** In einem so betitelten Aufsatz in der „Deutschen med. Wochenschrift" vom 10. Juni 1913, Seite 1346, kommt Professor Dr. Raecke, Oberarzt der Städtischen Irrenanstalt in Frankfurt a. Main, zu folgenden Schlüssen: „Salvarsan schadet den Paralytikern bei vorsichtiger Anwendung nicht. Es scheint im Gegenteil Häufigkeit und Dauer der Remissionen zu fördern und das Leben zu verlängern. Ob die verzeichneten Besserungen alle durch Salvarsan an sich bedingt sind und ob sie von Bestand sein werden, vermag nur eine jahrelange Beobachtung zu entscheiden. Jedenfalls sind wir schon heute bei der Schwere des Leidens und bei der sonst infausten Prognose berechtigt, Paralytikern resp. deren Angehörigen den Versuch einer methodischen Salvarsankur zu empfehlen."

Aus Raeckes Arbeit seien noch folgende Einzelheiten berichtet:

Bei der Tabes haben sich sehr viel bessere Resultate mit Salvarsan bemerkbar gemacht als bei Paralyse, seitdem man die Salvarsankur länger ausdehnt und höhere Gesamtdosen gibt. Daher ist eine Nachprüfung über den Wert der gleichen Methode bei Paralyse dringend geboten.

An der Frankfurter Irrenanstalt wurden daher seit einem Jahre geeignete Fälle fortlaufend mit intravenösen Salvarsangaben behandelt. Man begann vorsichtig mit Einzeldosen von 0,3—0,4, später wurden aber eventuell Dosen von 0,5—0,6 nicht gescheut. Nach dieser Serie mit der Gesamtmenge von 3—4 g sollte in der Regel eine Pause eingeschoben und nach 2 bis 3 Monaten fortgefahren werden. Letzteres erwies sich aber oft genug als unmöglich. indem sich die euphorischen Patienten vielfach schon nach wenigen Einspritzungen für geheilt hielten und der Fortführung der Kur widersprachen oder nach eingetretener leichter Besserung vorzeitig von den Angehörigen abgeholt wurden oder endlich aus äußeren Gründen vor Beendigung der Kur in andere Anstalten transferiert wurden. Einige der vorzeitig Entlassenen kehrten wegen Rezidivs im Verlauf von Monaten zurück und wurden von neuem behandelt.

Bei der Ausführung der Behandlung hielt man sich immer streng an die Vorschriften Ehrlichs, man destillierte das Wasser selbst, verwandte Hartglasgefäße, schaltete die Glasperlen aus und minderte den Laugenzusatz nach Möglichkeit herab. Die Patienten mußten nach jeder Injektion 24 Stunden zu Bett liegen. Bei Bestehen stärkerer psychischer Erregung oder körperlichen Unbehagens wurde die Injektion bis nach Schwinden solcher Zustände verschoben. Vorgeschrittenere Fälle wurden nur ausnahmsweise auf Wunsch der Angehörigen mit Salvarsan behandelt, und die Kur wurde abgebrochen, wenn sich nicht bald das körperliche Befinden besserte. Fälle mit terminalem Blödsinn wurden überhaupt nicht behandelt.

Es wurden mehrere hundert intravenöse Injektionen ohne alle unangenehmen Zwischenfälle durchgeführt. Nur ganz ausnahmsweise traten im Anschluß an eine Einspritzung leichte Temperaturerhöhungen oder Gefühl von Übelkeit, zumal bei den höheren Dosen und nach häufigerer Wiederholung auf. Zweimal wurde auch bei oft wiederholter Injektion das Auftreten von an Anaphylaxie erinnernden Bildern beobachtet; der Patient wurde plötzlich blaß, bekam einen kleinen Puls und klagte über Beklemmungsgefühl und allerlei quälende Sensationen. Der Zustand ging unter Darreichung von Wein vorüber. Diese Beobachtung war ein Hauptgrund, warum man die Injektionen in der Regel nicht schneller als in achttägigen Intervallen aufeinander folgen ließ und die gesamte Kur in einzelne Serien mit längeren Zwischenpausen zerlegte. Bei einigen wenigen Personen trat jedesmal während der Injektionen ein lebhafter Rash mit starkem Pulsieren der Halsgefäße auf, und zwar immer in dem Moment, wo nach Abfließen der voraufgeschickten Kochsalzlösung das erste Salvarsan in die Blutbahn gelangte. Es handelte sich vermutlich um eine Reizung sympathischer Fasern, nicht um einen psychischen Vorgang. Kalte Aufschläge auf Kopf und Herzgegend beseitigten den Rash; die Unterbrechung der Infusion war nicht erforderlich. Wenn bei denselben Personen statt Altsalvarsan das Neosalvarsan angewendet wurde, blieb der Rash regelmäßig aus. Krampf- oder Schwindelanfälle, vor deren Auslösung bei Paralytikern andere Autoren so sehr gewarnt haben, wurden im Anschluß an eine Injektion niemals beobachtet. — Anscheinend erzielte Besserungen: Selbst sehr dekrepide Individuen ertrugen das Salvarsan ausgezeichnet und nahmen während der Kur 20 bis 30 Pfund zu. „Einzelne Paresen und Ataxien gingen zurück. Der Gang wurde sicherer, die Schrift deutlicher und fester. In einem Falle kehrte die seit 2 Jahren erloschene Potenz wieder. Die Lymphozytose nahm an Stärke ab. Die Wassermannsche Reaktion schwand einige Male im Blute, aber niemals ganz im Liquor, auch nicht bei Gesamtdosen von 8 bis 10 g Altsalvarsan. Ebenso kehrten auch niemals die einmal erloschene

Pupillenreaktion und die verschwundenen Patellarreflexe wieder." Die Patienten wurden reger und freier, konnten besser über ihr Gedächtnismaterial verfügen, psychotische Erscheinungen wie Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen verschwanden. Eine einmal ausgebildete Urteilsschwäche ließ sich nicht mehr sehr wesentlich beeinflussen. Von der Behandlung gibt Prof. Raecke folgende Übersichtstabelle:

Gesamtdosis in Gramm	9—10	7—8	6—7	5—6	4—5	3—4	2—3	1—2	Bis 1 g	Zahl der Fälle
1. Erhebliche Besserung während der Behandlung	1	1	1	—	1	1 (1)	(2)	—	—	5
2. Besserung während der Behandlung	1	1	2	3	3	4	10	5	2	31
3. Unverändert	—	—	—	—	—	2	5	8	11	26
4. Schlechter während der Behandlung	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2
5. Exitus	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Summa	2	2	3	3	4	7	15	15	14	65

(Die eingeklammerten Zahlen bedeuten, daß bei den betr. Patienten ein Rückfall eingetreten ist; bei zweien davon ist nach abermaliger Kur wieder Besserung eingetreten.)

Die drei Patienten in Reihe 4 und 5 („schlechter während der Behandlung" und „Exitus") hatten vor der Salvarsankur und nebenher Kalomelinjektionen erhalten. Die beiden Patienten in Reihe 4 waren sehr „progrediente Erkrankungen, denen gegenüber das Salvarsan einfach abprallte, ohne zu nützen oder zu schaden." Der Fall in Reihe 5, eine Frau, hatte vorher Kalomel erhalten; sie verriet eine ausgesprochene Idiosynkrasie gegen Arsen. Schon nach einer Gesamtdosis von 1,4 g Salvarsan (in 4 Wochen) trat eine Arsendermatitis mit Hyperkeratose und ausgebreiteten Ödemen auf, die, jeder Behandlung trotzend, den körperlichen wie psychischen Zustand ungünstig beeinflußte; die Pat. starb später an Pneumonie.

Von all den längere Zeit hindurch mit Salvarsan behandelten Patienten ist noch keiner gestorben und es hat auch keiner einen paralytischen Anfall als Zeichen eines Fortschreitens des Leidens gehabt.

Eine gleichzeitige Verabreichung von Jod oder Quecksilber neben Salvarsan bietet keinen erkennbaren Vorteil; die letztere Kombination ist sogar nicht ungefährlich. Dagegen schien die Kombination mit subkutanen Injektionen von Natrium nukleinikum gut vertragen zu werden; eine wesentliche Verstärkung der Salvarsanwirkung wurde aber nicht beobachtet.

Professor Dr. Raecke sagt: „es ist falsch, zu behaupten, daß Salvarsan den Paralytikern schade oder bei voller Ausbildung des Leidens kontraindiziert sei!"

— In **Marburg** befindet sich im Bau eine **psychiatrische Aufnahmestation** und **Poliklinik**, deren Eröffnung für das Wintersemester 1914/15 in Aussicht steht. Das Institut wird in der Nähe der übrigen Kliniken errichtet und soll den Zwecken des Unterrichts dienen, welcher bisher in Räumen der von der Stadt abgelegenen Landesheilanstalt erteilt werden mußte. Vorgesehen ist zunächst eine Krankenabteilung mit 28 Betten, ein Unterrichtsgebäude mit Hörsaal, Arbeitsräumen und poliklinischer Abteilung, und ein Wirtschaftsgebäude mit Küche und Waschküche. Das Areal ist so bemessen, daß eine spätere Erweiterung des Universitätsinstitutes zu einer Vollklinik erfolgen könnte, was zunächst nicht zu erreichen war.

Referate.

— Lomer, Dr. med. Georg: Ignatius von Loyola, Vom Erotiker zum Heiligen. Eine pathographische Geschichtsstudie. Mit einem Bildnis. Leipzig 1913, Verlag J. A. Barth. Preis 2,80 M.

Ignaitus von Loyola unter medizinischer Lupe — ein hochaktuelles Werk. Mit unendlichem Fleiß hat der Verfasser in den alten Quellen geforscht, und mit tiefem Verständnis und feinem Empfinden als Psychiater ist er bemüht, alle Gründe aufzudecken, die aus dem Erotiker den Heiligen des Jesuitenordens gemacht haben. Ignatius als Erotiker, als Asket, als Ordensstifter und als Ordensgeneral, so schildert der Verfasser den Entwicklungsgang dieses Mannes, mit rückhaltslosester Anerkennung der Größe seines Werkes, überall die psychologische und — sit venia verbo — psychopathische Seite in seinem Charakter hervorsuchend. Nicht nur seine Exerzitien, wie seine Institutionen, auch der von ihm besonders gepflegte Marienkult finden beachtenswerte Besprechung. Jedem, der sich ein Urteil über die Jesuitenfiage bilden will, sei dies Werk des bekannten Mediziners warm empfohlen, manches Rätsel wird sich ihm lösen. Kuske.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Zwiefalten.** Oberarzt Dr. Weiland von der Heilanstalt Weißenau wurde zum Kgl. Direktor der Heilanstalt Zwiefalten ernannt.

— **Königsberg i. Pr.** Den Charakter als Geheimer Medizinalrat erhielt Med.-Rat Dr. Ernst Meyer.

— **Berlin.** Kreisarzt Geh. Med.-Rat Dr. A. Leppmann in Berlin ist in den Ruhestand getreten.

— **Halle a. S.** Privatdozent der Psychiatrie Dr. Siefert erhielt das Prädikat Professor.

— **Wiesloch** (Baden). Hermann Loepp von Neuteich ist am 1. April 1913 und Hans Robert Eichardt von Hamburg am 28. Juni 1913 als Hilfsarzt in den Dienst unserer Anstalt eingetreten. Hilfsarzt Dr. Richard Jahrsdörfer ist am 30. Juni d. Js. ausgetreten.

— **Stephansfeld.** Oberarzt Dr. Joachim ist behufs Übertritt in den Dienst des Bezirks Lothringen ausgeschieden. Dr. P. Masorsky aus Groß-Solt ist als Assistenzarzt eingetreten.

— **Ückermünde.** Dem Oberarzt Dr. Heinke bei der Provinzialheilanstalt bei Ückermünde ist der Charakter als Sanitätsrat verliehen worden.

— **Landes-Heil- und Pflegeanstalt bei Gießen.** Assistenzarzt Dr. Arthur Spiecker aus Barmen ist am 15. Juli aus dem Dienst ausgeschieden. Clemens Frank ist am gleichen Tage in den Dienst der Anstalt eingetreten.

— **Lüben** i. Schl. Abteilungsarzt Dr. Otto von Raven, bei der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Leubus, mit dem 1. August 1913 an die Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Lüben versetzt.

— **Riga.** Am 21. Juli ist Dr. Theodor Tiling, Direktor der städtischen Irrenheilanstalt Rotenberg bei Riga gestorben. T., Senior der Psychiater in den baltischen Ostsee-Provinzen, gleich hervorragend als praktischer Irrenarzt wie als Forscher, erlag einem Krebsleiden im 72. Lebensjahre.

Therapeutisches.

— Die **Krotalinbehandlung der Epilepsie** erwähnt Geh. San.-Rat Dr. Erlenmeyer (Bendorf) in einem Artikel „Über Epilepsiebehandlung" (Berl. klin. Wochenschrift 1913, 5. Mai, Nr. 813) neben den anderen bekannten Heilmitteln. Krotalin, eine aus den Giftdrüsen der Klapperschlange gewonnene Substanz, hat zweierlei Wirkung; die in ihr enthaltenen Peptonbestandteile wirken nervenlähmend, das Globulin dagegen setzt die Gerinnungsfähigkeit des Blutes stark herab. Nach Dr. Fackenheim (Cassel) ist Krotalin bei Epilepsie von Nutzen. Es wird subkutan angewendet und ist durch die Apotheken von der Firma J. & H. Lieberg in Cassel in sterilen Ampullen von verschieden starker, genau dosierter Konzentration zu beziehen. Man beginnt mit 0,000325 Gramm. Nach Abheilung der (immer entstehenden, aber von Injektion zu Injektion geringer werdenden) entzündlichen Reaktion solle man nach 8 Tagen 0,00065 g geben. Diese Dosis sei in Zwischenräumen von 8 Tagen, im ganzen etwa 4- bis 6 mal zu wiederholen, dann auf 0,00086 g zu erhöhen; hiervon seien meist zwei Einspritzungen in 14 tägigen Zwischenräumen genügend. Nach weiteren 14 Tagen 0,0013 g, die man nach 4 Wochen wiederholen soll. Treten dann noch Anfälle auf, so könne nach weiteren 4 Wochen eine Einspritzung von 0,0025 g gegeben werden, die eventuell nach 4 Wochen zu wiederholen sei. Wenn die Anfälle schon nach den niedrigen Dosen ausblieben, sei weitere Steigerung nicht nötig. Bei Kindern und Jugendlichen seien nur die zwei schwächsten Dosen in 10 tägigen Zwischenräumen anzuwenden.

Die Kur eigne sich nur für Krankenhausbehandlung.

Neues Genußmittel.

Die Verwendung von Genußmitteln ist fast allen Völkern der Erde eigen; an einem bestimmten Punkt ihrer Kulturentwicklung entdeckten die Naturvölker Nervenstimulantien, die dann als Genußmittel bei ihnen heimisch werden. Es scheint, daß den Menschen das Bedürfnis nach künstlich hervorgerufener Erregung der Nerven angeboren ist und sich auf bestimmter Kulturstufe von selbst aufdrängt Natürlich ist die Geschmacksrichtung bei verschiedenen Volksstämmen sehr verschieden, die einen bevorzugen alkoholische Narkotika, die anderen alkaloidhaltige; und auch hier bevorzugen die einen wieder nikotinhaltige, andere koffein- und theobrominhaltige Pflanzen.

Die Reaktion hat in Europa und Amerika schon stark eingesetzt. Man besinnt sich darauf, daß mit der angenehmen Nervenwirkung sehr oft eine Schädigung durch das Genußmittelgift einhergeht, denn mit der Kulturhöhe, im Einvernehmen mit der Hast des modernen

Erwerbslebens, geht eine schwere Belastung des Nervensystems Hand in Hand, die wieder einen stärkeren Verbrauch von Nervenstimulantien zur Folge hat, so daß ein immerhin größerer Prozentsatz der Kulturmenschheit den dauernden Schädigungen durch Genußmittelgifte verfällt, eine Erscheinung, welche sich schon ganz allgemein in der gesteigerten „Nervosität' äußerst. Ganz abgesehen von dem kranken Organismus, der ein liebgewordenes Genußmittel deshalb aufgeben muß, weil schon geringe, vom Gesunden anstandslos vertragene Mengen des Genußmittelgiftes auf ihn schädlich einwirken. Da der Kulturmensch die Anregung durch das Genußmittelgift nicht entbehren zu können scheint, mußte man trachten, durch kunstvolle chemische Methoden den Gehalt des Genußmittels an schädlichen Stoffen auf ein unschädliches Maß herabzudrücken, wobei aber die große Schwierigkeit darin liegt, die sonstigen wertvollen Geschmacks- und Aromastoffe nicht mit zu entfernen oder aber die Genußwirkung des schädlicheren Stoffes durch einen unschädlichen zu erreichen.

Es ist der Matte, die Blätter und Zweige einer südamerikanischen Stechpalmenart (Ilex paraguayensis), welche im Gegensatz zu den unsrigen ein Alkaloid enthält, das dem Koffein ähnlich, doch ungleich schwächere physiologische Wirkung besitzt als dieses. Der Geschmack dieses neuen Genußmittels ist durch das Vorhandensein von reichlichen Gerbstoffmengen im Verein mit aromatischen Substanzen kräftig und herzhaft, wenn auch etwas abweichend von dem der bei uns üblichen Genußmittel; aber wenn man sich an den neuen Geschmack gewöhnt hat, wie man sich ja auch an Bier und Kaffee erst gewöhnen muß, sagt das Genußmittel auch dem europäischen Gaumen ungemein zu.

Dieses Genußmittel ist im Preise weit niedriger als irgendein anderes. Da das Getränk durch Aufguß der Blätter mit heißem Wasser, also wie Tee, bereitet wird, wobei aber die Blätter ohne Schaden für die Qualität des Getränkes noch ein zweitesmal aufgegossen werden können, ist der Preis einer Tasse wohl ein sehr geringer. Wegen seiner Wohlfeilheit stellt sich das Getränk als ein Volksgenußmittel ersten Ranges dar, höchst geeignet, einer größeren Menge Menschen, z. B. Arbeiter oder Soldaten, eine angenehme, anregende Erfrischung zu bieten. In neuester Zeit ist aber aus Matte auch ein Genußmittel geschaffen worden, das dem verwöhntesten Gaumen zusagt und bestimmt ist, von jenen Kreisen bevorzugt zu werden, welche gegenüber den alkoholischen Tischgetränken eine Abwechslung suchen oder diese vermeiden wollen, ohne die Nervenanregung zu entbehren. Die Bereitung dieser sogenannten Sekt-Bronte ist mit großen Schwierigkeiten verbunden gewesen, die erst vor kurzer Zeit ganz überwunden werden konnten; sie bezogen sich auf die Bewirkung der Löslichkeit und damit Nutzbarmachung aller wertvollen Inhaltsstoffe. Es ist ein Getränk, das im Gegensatz zu den alkoholfreien Limonaden nur reine Naturprodukte enthält. Damit ist ein neuer Typ von Genußmitteln geschaffen, welche die alkoholischen Getränke insofern übertreffen, als sie ihnen an Wohlgeschmack nahe kommen und die Anregung nicht vermissen lassen, zwei wichtige Forderungen, in denen die alkoholfreien Limonaden im Stich lassen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **J. Bresler,** Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — **Druck:** Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 19. 9. August. **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Die psychiatrisch-neurologische Klinik der Reichs-Universität Utrecht. Von Prof. Dr. K. Heilbronner, Utrecht. Schluß. (S. 223.) — Zur Klassifikation der statistischen Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie. Von Dr. Hans Römer, Illenau. (S. 227.) — Mitteilungen (S. 228): Schüle-Feier in der Heil- und Pflegeanstalt Illenau. 7. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte. — Referate (S. 231). — Therapeutisches (S. 232).

Die psychiatrisch-neurologische Klinik der Reichs-Universität Utrecht.

Von Prof. Dr. **K. Heilbronner,** Utrecht.

(Schluß.)

Die Fensterfrage war, abgesehen davon, daß mit der Gefahr des Herunterstürzens bei den ausschließlich ebenerdigen Krankenräumen nicht zu rechnen war, noch durch einen anderen Umstand günstig beeinflußt: dem historischen Stile des Gebäudes entsprechen geteilte Fensterscheiben: diese sind an der Front, auch in allen Wohn- usw. Räumen angebracht und konnten deshalb ohne weiteres auch für die Krankenräume benutzt werden, ohne den sonst unvermeidlichen gefängnisartigen Eindruck zu machen; so konnten wir uns mit nur mäßig dickem Glase (9 mm, nur in den Isolierzimmern 13 mm) begnügen. In den psychiatrischen Abteilungen haben die Krankenräume Hitzigsche Fenster, die aber in Abweichung von dem ursprünglichen Modell durch einen Riegel festgestellt werden können; die neurologische Abteilung hat gewöhnliche Fenster mit Spanjolette-Schluß, der aber gleichfalls durch Verriegelung außer Funktion gestellt werden kann und zur Vermeidung von Überraschungen nachts regelmäßig gestellt wird.

Die Beleuchtung erfolgt auch auf den psychiatrischen Abteilungen durch gewöhnliche Pendel mit je drei und vier Lampen, für die Wache ist ein einfaches Zugpendel vorgesehen; die Ein- und Ausschaltung des Stromes geschieht mit Schlüssel, so daß sie den Patienten entzogen ist (auch auf den neurologischen Abteilungen). In den Einzelzimmern geschieht die Ein- und Ausschaltung der Lampen vom Korridor aus; in allen Einzelzimmern sind Steckkontakte zum Aufstellen von Bettlampen vorgesehen; solche sind reichlich auch in den Sälen, und namentlich den Untersuchungszimmern zum Gebrauch für die verschiedenen Anschlußapparate angebracht.

Die Böden sind in allen Korridoren, Krankenräumen usw. mit Linoleum belegt, das auf den Eisenbetonunterbau geklebt ist; in einigen Laboratorien mußte zur Unterbringung der zahlreichen Leitungen nach den Tischen usw. ein Holzzwischenboden gelegt werden); Bäder, Teeküchen, Magazine usw. haben Terrazzoböden, die Isolierzimmer, wie erwähnt, Holzzement.

Als Heizung dient Niederdruckdampfheizung, die aus Ersparnisgründen leider an Stelle der ursprünglich zugesagten Warmwasserheizung getreten ist. Ein Haustelephon mit zunächst 27 Sprechstellen verbindet die Räume untereinander; von sechs Räumen aus besteht Anschluß an das städtische Telephonnetz.

Künstliche Ventilation ist im allgemeinen nicht vorgesehen; an einigen Stellen (Hörsal, Operationsraum usw.) sind elektrische Ventilatoren angebracht.

Dem Haupteingang ist eine Durchfahrt vorgebaut, die vor allem die ankommenden Patienten der allgemeinen Neugier entziehen soll; zum Keller führt ein besonderer Eingang für Lieferanten und die Fahrräder der Hausbewohner. Für lärmende Kranke kann eventuell der auf klinischem Terrain gelegene rückwärtige Eingang benutzt werden, der auch als den anderen Kliniken nächstgelegener durch die Studierenden benutzt wird.

Neben dem Haupteingang liegen Portierloge und Aufnahmezimmer. Zur Linken des Hauptkorridors folgt die Küche mit Nebenräumen, um eine

Kontrolle des Verkehrs zu ermöglichen, nur durch eine einzige Türe mit der übrigen Klinik verbunden; zur Küchenabteilung gehören einige Räume im Oberstock, zur Zeit als Nähstube und als Eßzimmer für die Dienstmädchen gebraucht, während ein kleinerer Raum neben der Küche als Eßzimmer für die Hausdiener eingerichtet ist. Die Einrichtung der Küche ist die gewöhnliche: Dampfküche und ein Gasbratherd. In dem Küchennebenraum mußte, da sich die Keller wegen der zahlreichen Dampf- usw. Leitungen als unbrauchbar erwiesen, ein Kühlraum nachträglich eingebaut werden. Die Verteilung der Speisen nach den Abteilungen erfolgt durch die Hausdiener, so daß Pflegepersonal durch Essenholen nicht in Anspruch genommen wird; in gleicher Weise erfolgt der Rücktransport der Geschirre.

Die rechts gelegene Poliklinik ist gegenüber dem ursprünglichen Plane etwas modifiziert ausgeführt, so daß das Wartezimmer nach vorne gelegt und ein als Aufnahmebureau dienender Raum gewonnen ist. In zwei Untersuchungsräumen stehen nun fünf durch Zwischenvorhänge getrennte Untersuchungsplätze zur Verfügung; da die Untersuchungs- und Ordinationsstunden von den therapeutischen getrennt werden sollen, für die letzteren überdies die therapeutischen Räume mitbenutzt werden sollen, — und zwar soll absichtlich der Versuch gemacht werden, klinische und poliklinische Kranke gleichzeitig zu behandeln — kann erwartet werden, daß die Räume ausreichen werden, zumal auf einen Massenandrang von Patienten in einer kleinen Stadt, die für die Poliklinik zum großen Teil auf den Zugang vom Lande angewiesen ist, doch nicht zu rechnen ist.

Der Hörsaal bietet in amphitheatralischer Anordnung 100 Sitzplätze, entsprechend dem gegenwärtigen Bedürfnis; Vermehrung derselben könnte ohne wesentliche Schwierigkeiten erfolgen; die Beleuchtung des Hörsaals geschieht im wesentlichen durch Oberlicht, das mit elektrisch bewegten Rollvorhängen für Projektionszwecke abgeschlossen werden kann. Das Zeißsche Epidiaskop ist auf Schienen beweglich aufgestellt; solange es nicht gebraucht wird, bietet der dafür bestimmte Raum Platz für Assistenten und Schreibgelegenheit für den mit der Protokollierung der klinischen Besprechungen beauftragten.

Der an der Mittelachse gelegene, aber vom letzten Querkorridor aus zugängliche Operationsraum und das gegenüberliegende Sterilisationszimmer würden event. allen Anforderungen genügen; bei der unmittelbaren Nähe der chirurgischen Klinik wird sich die Benutzung auf Notfälle und die kleine Chirurgie beschränken; auch Lumbalpunktionen und ähnliche Eingriffe sollen grundsätzlich da vorgenommen werden. An der anderen Seite des Korridors befinden sich durch einen Garderobenraum getrennt ein hydrotherapeutischer und ein mechanotherapeutischer Raum. Der letztere, 10 m. lang, ist mit Linoleum für Gehübungen belegt, enthält außerdem die gebräuchlichsten Apparate für Ataxieübungen, Ergometer, Zugapparate; für die Hydrotherapie stehen zur Verfügung: Kohlensäure- und elektrisches Bad, eine Wanne für medikamentöse Bäder, Kapellendusche, schottische Dusche und verschiedene kleinere Duschen. Außerdem verfügt die Klinik über verschiedene transportable lokale Lichtbäder und für elektrodiagnostische und -therapeutische Zwecke außer einigen älteren Apparaten über 5 gleichdimensionierte und untereinander vergleichbare transportable Anschlußapparate. Trotzdem die Ausstattung der Räume für „physikalische Heilmethoden" relativ bescheiden ist und mit denen der entsprechenden Spezialinstitute oder auch mancher Kliniken nicht wetteifern kann, glaubte ich mit dem Vorhandenen den auf neurologischem Gebiete wirklich gegebenen Indikationen entsprechen zu können; von einer Ausstattung mit den etwa noch in Betracht kommenden Apparaten für passive Bewegungen glaubte ich um so mehr absehen zu dürfen, als die chirurgische Klinik nach dieser Richtung vollständig ausgestattet ist.

Über die Haupttreppe, die um den Personenlift herumgeführt ist — außer dieser enthält der Hauptbau noch zwei Diensttreppen, während zwei kleinere Lifte den Transport von Speisen und Wäsche nach den oberen Stockwerken und dem Keller besorgen — gelangt man zunächst zum Bureau des Direktors mit dazu gehörigem Wartezimmer und den anschließenden Verwaltungsräumen. Der eine Flügel ist vollständig durch die Assistentenwohnungen in Anspruch genommen: 4 Schlaf- und 4 Arbeitszimmer, 2 Schlaf- und Arbeitszimmer für Volontäre, ein aus Eß- und Rauchzimmer nebst Anrichteraum bestehendes Kasino, Badezimmer und Zimmer für den zur Verfügung der Assistenten stehenden Diener.

Alle übrigen Räume des ersten Stockwerkes dienen Untersuchungs- und wissenschaftlichen Zwecken. Es bedarf wohl keines besonderen Hinweises darauf, daß nicht jeder Raum im Sinne der dem Plane eingeschriebenen Bezeichnung verwendet wird; abgesehen von den Modifikationen, die sich schon im Laufe der Einrichtung als wünschenswert erwiesen, werden sich weitere jeweils nach Maßgabe der wechselnden Bedürfnisse und Arbeitsrichtungen ergeben. Entsprechend dem Plan ein-

gerichtet sind ein größeres chemisches und ein kleineres bakteriologisches Laboratorium, letzteres namentlich für serologische Untersuchungen bestimmt, die aber — mangels genügender Arbeitskräfte — noch nicht in Angriff genommen werden können und, so weit sie zu diagnostischen Zwecken nötig sind, noch außerhalb vorgenommen werden müssen. Das anatomische Laboratorium nebst einem kleineren Raum für den speziell mit der Leitung dieser Arbeiten betrauten Assistenten dient wesentlich histopathologischen Zwecken; für Anfertigung von Serienschnitten steht außer einem älteren Jungschen Modell ein Makrotom nach Vogt zur Verfügung. Die Bibliothek enthält die Arbeitsplätze der Assistenten zur Erledigung der administrativen Geschäfte und dient zugleich als Konferenzzimmer. Der Sammlungsraum ist gleichzeitig als kleiner Hörsaal auch zur Benutzung als Kurssaal für das Pflegepersonal eingerichtet.

Die übrigen Räume haben z. T. ihre Bestimmung getauscht, insbesondere ist der größte und zugleich schlechtest beleuchtete als Röntgenzimmer eingerichtet. Er ist mit einem Siemens & Halske'schen unterbrecherlosen Apparat und den nötigen Hilfsapparaten ausgerüstet.

Ein am Mittelgang gelegenes Arbeitszimmer ist mit Doppelmauer ausgestattet, um eventuell die Abscheidung einer „Camera silentia" für feinere psychologische Untersuchungen möglich zu machen. Vorläufig ist hier die Mikrophotographie installiert, für die außerdem noch ein Raum mit Dunkelzimmer im Keller vorgesehen ist für den Fall, daß die Nähe der Bahn zu störendem Vibrieren der Apparate führen sollte.

Das an sich reichlich (ca. 9.5 zu 7,5 m) dimensionierte photographische Atelier erfährt eine wertvolle Erweiterung durch eine große Plattform für Freiluftaufnahmen, die speziell für kinematographische Aufnahmen benutzt werden soll; für diese ist ein Aufnahmeapparat für Normalfilms verfügbar, während der kinematographische Projektionsapparat dem Epidiaskop anmontiert ist. Einige Unabhängigkeit von den natürlichen Beleuchtungsverhältnissen wurde durch Anschaffung einer Jupiterlampe erstrebt. Das große Dunkelzimmer erwies sich bald als sehr nützlich zur Aufstellung der Riesentröge für die Entwicklung der Kinofilms.

Die Werkstätte des Amanuensis enthält außer zwei elektrisch zu betreibenden Drehbänken alle für feinmechanische Arbeiten nötige Einrichtungen, so daß die Klinik nach dieser Richtung unabhängig ist.

Der zweite Stock mit den Räumen für das Personal entspricht in seiner Anordnung den Anforderungen, wie sie sich in Holland bei den neueren Krankenhausbauten herausgebildet haben. Mit Ausnahme der sechs jüngsten Lehrschwestern, die zu je dreien einen ziemlich großen Schlafraum teilen, verfügen alle Pflegepersonen (ebenso auch das gesamte Dienstpersonal) über eigene Zimmer. Schwestern wie männliches Wartepersonal haben je einen Speiseraum und gemeinsamen Aufenthaltsraum, Badezimmer, Krankenraum und Tagschlafraum zur Benutzung für diejenigen, die kein eigenes Zimmer haben, oder in ihren auf den Abteilungen gelegenen Zimmern eventuell nicht die genügende Ruhe finden. Ausreichende Reserveräume — sogar schon möbliert — sind für den Fall einer nötig werdenden Personalvermehrung vorgesehen.

Die Gesamtkosten für Bau und Einrichtung werden (ohne Terrainkosten) nahezu 600 000 fl = 1 Million Mark betragen.

Einige Bemerkungen über die Organisation seien zum Schlusse angefügt. Für den ärztlichen Dienst sind vier Assistentenstellen vorgesehen, eine davon mit Zulage für die Wahrnehmung oberärztlicher Funktionen, außerdem freie Wohnung und Beköstigung für zwei Volontärärzte; Vermehrung des ärztlichen Personals wird zu den ersten und dringendsten Erfordernissen gehören, wenn die Klinik die Arbeitsmöglichkeiten, die die Anlage bietet, auch nur einigermaßen erschöpfen soll.

Den Pflegedienst versehen zwei Oberschwestern (je eine für Männer- und Frauenseite), 28 Schwestern und 12 Pfleger. Wie schon aus den Zahlen sich ergibt, ist auch für die Männerseite gemischte Verpflegung unter weiblicher Leitung vorgesehen; auf der neurologischen Abteilung wird mit Ausnahme des Badedienstes der gesamte Pflegedienst (inklusive der Nachtwache) von Schwestern geleistet; von den psychiatrischen Abteilungen soll die ruhigere auch einer weiblichen Abteilungsschwester unterstellt werden; die Zukunft wird zu lehren haben, ob sich die beabsichtigte weitere Verschiebung der Verhältnisse zugunsten der weiblichen Pflege durchführen lassen wird. Zunächst schien mir trotz der *sehr* guten Erfahrungen, die ich in kleinerem Maßstabe mit weiblicher Pflege bei männlichen Geisteskranken zu machen Gelegenheit hatte, für die schwierigen Verhältnisse einer Klinik einige Vorsicht geboten; die groben Arbeiten in den Korridoren und Nebenräumen der Abteilungen werden von Dienstmädchen besorgt. Mit Rücksicht auf die zahlreichen Kinder, die zu erwarten waren (und auch alsbald aufgenommen wurden), wurde im Organisationsplane die feste Anstellung einer Lehrerin beantragt

und auch genehmigt; die Anstellung soll erfolgen, sobald die Verhältnisse etwas stabilisiert sind.

Dem Direktor der Klinik ist — ein Novum für holländische Universitätsverhältnisse — auch die Verwaltung unterstellt; nur das Kassenwesen führt der erste Verwaltungsbeamte selbständig und unter eigener Verantwortung, so daß der Direktor zwar die Zahlungsanweisungen erläßt und die Verpflegungskosten festsetzt, aber für die Geldgebarung nicht verantwortlich ist; neben dem Verwalter (dessen Funktionen im wesentlichen denen des Inspektors der preußischen Kliniken entsprechen) sind im Bureau tätig ein Sekretär (Buchhalter) und zwei weitere fest angestellte Beamte.

Das Hauswesen ist einer Wirtschafterin unterstellt, der zwei weibliche Hilfskräfte, eine als Aufseherin für die Küche, eine zweite als Beschließerin beigegeben sind; in der Küche sind eine Köchin und zwei Küchenmädchen, im übrigen Haushalt 14 Dienstmädchen, außerdem zwei fest angestellte und in der Klinik wohnende Näherinnen tätig.

Für den allgemeinen Dienst sorgen ein Tag- und ein Nachtportier, vier Hausdiener (als Hilfsportier, Bureaudiener, Transportknecht und Ärztediener), ein Telephonjunge; Unterhalt und Reparatur der zahlreichen Leitungen usw. sind einem gleichfalls fest angestellten Elektromonteur aufgetragen; für wissenschaftliche Zwecke sind ein Feinmechaniker („Amanuensis") und ein Laboratoriumsdiener angestellt.

Die finanziellen Verhältnisse der Klinik unterscheiden sich insofern wesentlich von denen der meisten deutschen Kliniken, als der Betriebsbedarf in toto als Zuschuß auf dem Etat erscheint; die Klinik ist demnach von der Höhe der eigenen Einnahmen ganz unabhängig, allerdings auch nicht in der Lage, die erfreulichen Wirkungen etwaiger Einnahmeüberschüsse zu genießen.

Für das erste Betriebsjahr sind auf Grund approximativer Berechnungen entsprechend meinen Vorschlägen bewilligt: 82 398 fl, davon 25 171 fl Personalausgaben (ohne Assistentengehälter, die hier nicht bei den Instituten, sondern auf dem Universitätsetat vereinigt erscheinen), und 57 227 fl sächliche Ausgaben inklusive 2500 fl für Laboratoriums- und Bibliothekszwecke, ohne Kosten für Feuerung und Wäsche, die auf dem Etat der vereinigten Kliniken erscheinen und der Klinik nicht in Anrechnung gebracht werden.

Die Zahl der auf Freiplätzen zu verpflegenden Kranken wird sehr viel größer sein als in Deutschland; die Verhältnisse lassen in dieser Beziehung keinen Vergleich zu; infolge der andersartigen Armengesetzgebung und des vorläufigen Fehlens einer Krankenversicherung sind Ärzte, Publikum und — Gemeindevorstände daran gewöhnt und rechnen darauf, daß die Kliniken kostenlose Behandlung in weitem Umfang gewähren. Soweit Verpflegungskosten erstattet werden, können diese zwischen 1 fl und 3 fl festgesetzt werden; in der Extraklasse beträgt der Normalsatz 6 fl, kann aber vom Direktor bis 3,50 fl (ca. 6 M) ermäßigt werden — ohne irgendwelche Nebenkosten; (nur verlange ich, durch frühere Erfahrungen gewitzigt, daß die Angehörigen für Reinigung und Ergänzung der eigenen Wäsche der Kranken sorgen).

Die Klinik hat keine Aufnahmeverpflichtungen; die Evakuation der Geisteskranken wird zu wesentlichen Schwierigkeiten kaum führen, da in den als Aufnahmebezirk für uns am meisten in Betracht kommenden Bezirken die Platznot in den Anstalten im wesentlichen behoben zu sein scheint. Schwieriger wird es sein, die zahlreichen schweren organischen Nervenfälle außerhalb der Klinik weiter zu versorgen, für die häufig genug eben noch als Letztes die Transportkosten bis zur Klinik aufgebracht werden können. Während für die Irrenanstalten in Holland ein umständliches Aufnahmeverfahren gesetzlich vorgeschrieben ist, hat die Klinik freies Aufnahmerecht; die Möglichkeit, dieses zu gewähren, wurde erst vor einigen Jahren nicht ohne Widerstand — merkwürdigerweise auch von psychiatrischer Seite — durch eine Gesetzesänderung geschaffen. Wie weit sich die Erwartungen erfüllen, die sich an die Eröffnung der Klinik (der eine zweite in Groningen bald folgen wird) gerade bezüglich der besseren Irrenversorgung knüpfen, wird die Zukunft zu lehren haben. Eine Besorgnis, die von mancher Seite geäußert, von mir allerdings nicht geteilt wurde, hat sich schon jetzt als unbegründet erwiesen: daß geistesgesunde Patienten an der Aufnahme in die Klinik Anstoß nehmen würden; die zuerst in Gebrauch genommene neurologische Abteilung war nach 14 Tagen so gefüllt, daß ich beginnen mußte, Aufnahmen abzuweisen.

Ich hoffe, daß die Kongresse in London und Gent recht vielen Kollegen Anlaß und Gelegenheit geben werden, die jüngste Stätte psychiatrisch-neurologischer Forschung zu besuchen.

Zur Klassifikation der statistischen Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie.

Von Dr. **Hans Roemer**, Illenau.

Die von Vocke im Auftrage der statistischen Kommission in dieser Wochenschrift (XV. Jahrgang Nr. 1) publizierte Einteilung der Krankheitsformen wurde auf der Jahresversammlung des Deutschen Verein für Psychiatrie im Mai ds. Js. für einen vorläufigen Versuch angenommen. Die Kommission hatte ihren ursprünglichen Vorschlag, in Breslau ihre Einteilung zur Diskussion zu stellen (l. c., S. 3), fallen gelassen und den Antrag gestellt, die Annahme ohne Debatte zu beschließen. Es mag dahin gestellt bleiben, ob dies Verfahren das Interesse an der Gewinnung einer später einmal allgemein verpflichtenden Klassifikation gefördert hat, jedenfalls werden nun mancherlei wohlbegründete Bedenken, die vielleicht zweckmäßiger gleich zu Anfang gehört worden wären, erst später die notwendige Berücksichtigung finden. Immerhin dürfte es angemessen sein, auf gewisse wesentliche[1]) Abweichungen des Kommissionsvorschlages von der praktisch erprobten Heidelberg-Illenauer Einteilung schon jetzt hinzuweisen, da sie der allgemeinen Beachtung von vornherein wert scheinen.

Unsere Einteilung (Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie Band XI, Heft 1 und 2, S. 69) verwirklicht, wenigstens nach Möglichkeit, das Prinzip eines logischen und einheitlichen Aufbaues und macht sie gerade deshalb zum allgemeinen und statistischen Gebrauch leicht übersichtlich und verwendbar. Demgegenüber enthält der Kommissionsvorschlag logische Unvereinbarkeiten, die namentlich auch dem wesentlich mitinteressierten Fachstatistiker auffallen müßten und deshalb aus der endgiltigen Formulierung zu entfernen sind. So ist die Gegenüberstellung von „3. Psychosen bei Vergiftungen" und „4. Alkoholismus" vom logischen Standpunkt aus nicht haltbar.

Ferner läßt sich die Aufzählung „17. psychopathische Persönlichkeiten", nachdem „13. manisch-depressive Veranlagungen und Psychosen", „14. hysterische Persönlichkeiten und Erkrankungen" und „16. Paranoide und querulatorische Persönlichkeiten" vorausgegangen sind, aus demselben formalen Grunde nicht vertreten. Aber auch sachlich begegnet die Trennung der „hysterischen" und der „psychopathischen Persönlichkeiten" starken Bedenken. Gehören die hysterischen Persönlichkeiten nicht vielmehr mit den ihnen wesensverwandten „Haltlosen" sowie den „Schwindlern und Lügnern" (Pseudologia phantastika, Delbrück) unter den gemeinsamen Oberbegriff der psychopathischen Konstitutionen? Andererseits sind die hysterischen Erkrankungen mit den Haftpsychosen und den im übrigen unter 15. aufgezählten Psychosen aufs engste verwandt, so daß unsere Zusammenfassung unter dem Oberbegriff der pathologischen Reaktionen durchaus den Vorzug verdient. Dabei wäre auch die „Affektepilepsie" unter ausdrücklicher Trennung von den eigentlichen epileptischen Erkrankungen einzubeziehen.

Überhaupt muß es gerade im Hinblick auf die Bedürfnisse der Statistik wenig zweckmäßig erscheinen, wenn der Kommissionsvorschlag nicht allein bei der Hysterie (14.), sondern auch bei „manisch-depressiven Veranlagungen und Psychosen" (13.) sowie bei den „Paranoiden und querulatorischen Persönlichkeiten und Paranoia" (16.) die psychopathischen Konstitutionen und die ausgesprochenen Psychosen jeweils unter einer Nummer und ohne gesonderte Aufführung in Unterabteilungen zusammenfaßt: einmal bedeutet es in psychiatrischer Hinsicht doch einen wesentlichen Unterschied, ob ein Kranker wegen eines abnormen Dauerzustandes oder wegen einer ausgesprochenen Geisteskrankheit zur Internierung kommt. In dieser Hinsicht ist namentlich für die Gruppe der manisch-depressiven Formen Nr. 13 eine genauere Differenzierung notwendig, da es sich, wie ja auch Kreuzer[2]) betont hat, um einen im Vergleich zu den sonstigen Unterabteilungen (z. B. bei Nr. 17) relativ sehr erheblichen Prozentsatz aller Aufnahmen handelt. Zweitens erfordert gerade die Rücksicht auf die beabsichtigte statistisch-demographische Verwertbarkeit der Einteilung gebieterisch die Trennung der Psychopathien und der Psychosen, die besonders für gewisse soziale Fragestellungen (Kombination von Krankheitsform mit Alter, Familienstand, Beruf usw.) nicht entbehrt werden kann.

Weiterhin erscheint die gesonderte Aufführung der Alzheimerschen Krankheit bei den senilen und

[1]) Dabei soll von der mehr äußerlichen Frage der Reihenfolge ganz abgesehen werden, obschon gegen die Abänderungen unserer Einteilung auch in dieser Beziehung z. B. bezüglich der Stellung der Imbecillität und Idiotie, sowie der Reihenfolge von Nummer 5—12, begründete Bedenken geltend zu machen wären.

[2]) Diese Wochenschrift, XV. Jahrgang, Nr. 3.

präsenilen Erkrankungen wenig geeignet. Eine Klassifikation, die speziell allgemein praktischen Zwecken dienen soll, muß sich an den gesicherten und allgemein anerkannten Besitz des Wissens halten und darf der wissenschaftlichen Forschung auf keinen Fall vorauseilen. Da die Beziehungen des anatomischen Befundes bei dieser „Krankheit" zu einem bestimmten klinischen Bilde vorläufig noch keineswegs feststehen, so ist die Diagnose an Lebenden zur Zeit nicht mit der wünschenswerten Sicherheit möglich und wird jedenfalls nicht in allgemein übereinstimmender Weise gestellt. In einem allgemein verpflichtenden Schema klinischer Krankheitsbilder ist deshalb vorläufig für sie kein Platz.

Endlich ist es schwer zu verstehen, warum aus den zahlreichen anatomischen Befunden, die bei der „Idiotie" (19.) bekannt sind, ohne Rücksicht auf die Möglichkeit ihrer sicheren klinischen Diagnose neben den andern bekannten Formen die syphilitische, enzephalitische, und hydrozephalische herausgegriffen worden sind. Eine zuverlässige Einreihung der Idiotie-Fälle in diese drei Rubriken ist doch nur post mortem gewährleistet und gerade die Eingliederung der histologisch untersuchten Fälle in die vier vorgeschlagenen Unterabteilungen wird nicht befriedigen.

Es ist dringend zu wünschen, daß, bevor der beabsichtigte Versuch mit dem Kommissionsvorschlag in größerem Umfange zur Ausführung gelangt, den erwähnten Bedenken, die sich im Hinblick auf die praktische Bewährung der Heidelberg-Illenauer Einteilung ergeben, durch entsprechende Modifikationen Rechnung getragen wird. Sollte es hierzu nicht kommen, so würde es im Interesse des Gelingens der statistischen Reform liegen, daß möglichst zahlreiche Beobachter beim probeweisen Gebrauch des Kommissionsvorschlages die erwähnten Punkte nachprüfen und hierbei unsere Einteilung zum Vergleich heranziehen.[3]) Die Einigung auf eine zeitgemäße Klassifikation kann ihren Zweck nur dann voll erfüllen, wenn neben dem Wortlaut einer den psychiatrischen wie statistischen Erfordernissen gleichmäßig genügenden Einteilung auch deren Handhabung gemeinsam vereinbart wird. Nach unsern Erfahrungen läßt sich ein solches Übereinkommen im engeren Kreise von zwei bis drei Instituten auf dem Wege persönlicher Fühlungsnahme wohl erreichen; ob aber ohne weitere derartige Vorversuche der Gebrauch ein und derselben Klassifikation in allen deutschen Anstalten jetzt schon wissenschaftlich verwertbare Resultate ergeben kann, muß billig bezweifelt werden. Jedenfalls ist zu verlangen, daß die Einreihung der Fälle allgemein bis in die Unterabteilungen fortgesetzt wird, um — ohne erhebliche Steigerung der Mühewaltung — eine einigermaßen einheitliche Handhabung der Hauptabteilungen zu gewährleisten. Auch ist eine Erläuterung der Einteilung und des Übereinkommens ihres Gebrauchs z. B. bezüglich der Trennung der Dementia praecox und der paranoiden Schwachsinnsformen, der Komplikationen und Kombinationen mehrerer Formen usw. keinesfalls zu entbehren. Jedenfalls muß alles getan werden, um eine möglichst logische Einteilung zu erreichen und eine möglichst übereinstimmende Benützung derselben anzubahnen; andernfalls wird für absehbare Zeit weniger eine Statistik der Geisteskrankheiten als vielmehr eine Statistik der persönlichen diagnostischen Anschauungen das Ergebnis sein.

[3]) Formulare der Heidelberg-Illenauer Einteilung sind bei der Direktion der Anstalt Illenau (Post Achern) erhältlich.

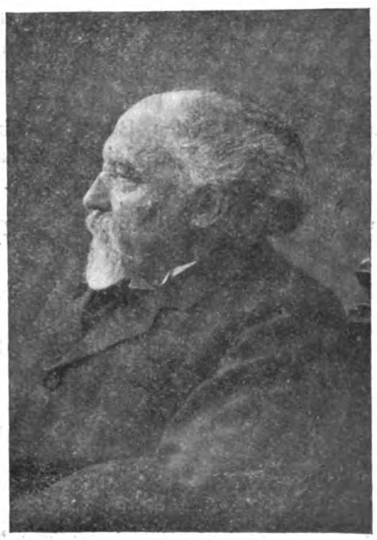
Mitteilungen.

— **Schüle-Feier in der Heil- und Pflegeanstalt Illenau.** (Nach: Badische Presse, Sonnabend, den 5. Juli 1913, Nr. 306.) In die Ruhe und Beschaulichkeit, die über dem weitausgedehnten Komplex der Heil- und Pflegeanstalt Illenau lagert, drangen in diesen Tagen Festes- und Freudenklänge, die der Feier des 50jährigen Dienstjubiläums des Direktors Geh. Rat Dr. Heinrich Schüle galten. Eine sehr schöne Einleitung fanden die festlichen Veranstaltungen durch ein am 3. Juli abends abgehaltenes Festkonzert, in welchem neben dem von Musikdirektor Klumpp trefflich geleiteten Chor Kammersänger van Gorkom aus Karlsruhe und der Violinist Kremer aus Straßburg mitwirkten. An das Konzert schloß sich eine Illumination und ein Feuerwerk.

Den Höhepunkt der Jubiläumsfeier bildete der Festakt am 4. Juli vormittags, zu welchem erschienen waren Obersthofmeister von Andlaw als Vertreter der Großherzogin Luise, der Minister des Innern, Frhr. v. Bodman, als Vertreter der badischen Regierung, ferner Ministerialdirektor Glockner, Ministerialrat Arnsperger, Geh. Rat Nebe und Geh. Regierungsrat Jacob vom Großh. Verwaltungshof, Prälat Lender, Vertreter sämtlicher badischer Heil- und Pflegeanstalten und der psychiatr. Kliniken Freiburg und Heidelberg. Als Geh. Rat Schüle mit seinen Familienangehörigen im Festsaal erschien, begrüßte ihn die Versammlung durch Erheben von den Sitzen, worauf ein Chorgesang des Anstaltspersonals den Festakt ein-

leitete. In einer Ansprache beglückwünschte sodann der 1. Arzt der Anstalt Medizinalrat Dr. Thoma den Jubilar und die erschienenen Gäste und rühmte in herzlichen Worten die Verdienste Geh. Rat Schüles um die Anstalt Illenau im besonderen, wie um das gesamte badische Irrenwesen. Er verwies hierbei u. a. auf die rastlose und hingebende Tätigkeit Geh. Rat Schüles und seine herzenswarme Sorge um die Kranken, welche im engen Zusammenhang mit der von Schüle veranlaßten Gründung des Hilfskomitees für entlassene Geisteskranke stehe. Er dankte für die Treue, die Geh. Rat Schüle der Anstalt Illenau bis zur Stunde bewahrt habe und knüpfte daran eine fachliche und persönliche Würdigung des Jubilars. Die Ansprache klang aus in einen dreifachen Hochruf auf Geh. Rat Schüle.

Sodann nahm der Minister des Innern, Frhr. von Bodman das Wort und dankte namens der Regierung für die Einladung, die es ihm ermögliche, der schönen und erhebenden Feier anwohnen zu können. Der Minister führte weiter ungefähr folgendes aus: Wir



Heinrich Schüle.

sind Ihrem Rufe freudig gefolgt, gilt es doch, einen Mann zu ehren und zu beglückwünschen, den wir alle aus ganzem Herzen hochschätzen und verehren. Wir wollen ihm danken für seine Lebensarbeit, die ein Segen war und ist für Tausende unseres Volkes. Was seine Arbeit in diesem halben Jahrhundert gewesen ist, das hat der Herr Vorredner dargelegt. Es ist eingeschlossen in das Wort: Illenau, die Stätte des Trostes, der Heilung, der Linderung. Daß Illenau eine solche Stätte geworden ist, das verdankt sie nicht nur der gründlichen Vorbildung, der unermüdlich nie rastenden Tätigkeit ihres Leiters, das verdankt sie in besonderem Maße dem Geiste, von dem diese Arbeit erfüllt, getragen, geadelt ist, von dem Geiste der Menschenliebe, die mit Wärme, Empfindung den leidenden Mitmenschen rettend und helfend zu nahen bestimmt ist, und sich bemüht, die dunkeln Schatten zu scheuchen, die die Lebenswege verdüstern.

Sie blicken heute zurück auf eine Lebensarbeit von 50 Jahren. Sie blicken aber auch vorwärts, da Sie sich zu unserer aller Freude entschlossen haben, Ihre Arbeit auch fernerhin der Anstalt zu leihen. Sie haben grundlegend mitgearbeitet an dem ragenden Bau der Seelenheilkunde und so weit über den Rahmen Ihrer Anstalt hinaus gewirkt. Auch die Großh. Regierung ist Ihnen zu tiefem Dank verpflichtet, den ich Ihnen hiermit von ganzem Herzen darbringe. Es ist mir eine besondere Freude, daß ich selbst der Überbringer dieses Dankes sein kann und zugleich der Überbringer einer Auszeichnung des Großherzogs, der Ihnen heute den Stern zum Kommandeurkreuz Berthold des Ersten verliehen hat. Ich hoffe, daß Sie sich dieser Anerkennung lange und in voller Gesundheit erfreuen und in voller Kraft wirken mögen, an der Spitze der Illenau, umgeben von der Liebe und Verehrung Ihrer Familie und Ihrer Kranken, zum Heile der Anstalt und unseres Landes.

Von dem Großherzogspaar traf aus Zwingenberg ein huldvolles Telegramm ein, ferner ein Handschreiben von der Großherzogin Luise, die außerdem ein Bildnis Großherzogs Friedrichs I. übersandt hatte.

Sofort erhob sich Geh. Rat Schüle, um warm und innig zu danken für die Auszeichnung. Er gab der Hoffnung Ausdruck, daß es ihm vergönnt sei, durch die Tat zu beweisen, wie tief er sich durch die ihm gewordene Ehrung verpflichtet fühle. Der Jubilar gab dann einen kurzen Lebensrückblick und schloß mit einem Hochruf auf den Großherzog.

Es folgten sodann weitere Ehrungen und zwar überreichte Med.-Rat Dr. Thoma eine Festschrift mit wissenschaftlichen Beiträgen heutiger und früherer Illenauer Ärzte. Von den Illenauer Kranken wurden zwei wertvolle Gaben überreicht. Geh. Med.-Rat Dr. Haardt aus Emmendingen übermittelte im Namen der badischen Anstalten eine Plakette in der Ausführung von Professor Sauer. Der Dekan der medizinischen Fakultät der Freiburger Universität Geh. Hofrat Dr. Hoche überbrachte die Glückwünsche des Verbands süddeutscher Neurologen und Irrenärzte, Direktor Dr. Kreuser aus Winnental (Württemberg) die Beglückwünsuchung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, der Dr. Schüle zum Ehrenmitglied ernannte, und die Glückwünsche der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie, des Vereins württembergischer Nerven- und Irrenärzte und der Schwesternanstalt Winnental. Medizinalrat Dr. Babo aus Pforzheim beglückwünschte den Jubilar namens des Vereins südwestdeutscher Irrenärzte und Dr. Neumann namens der Ortsgruppe Karlsruhe des Vereins für entlassene Geisteskranke und für die Heilstätte Renchen. Bürgermeister Schlechter sprach im Namen der Stadt Achern, die eine prächtige Blumenspende gesandt hatte. Mit einem Chorgesang schloß die würdige und eindrucksvoll verlaufene Feier.

Anschließend versammelten sich die Festgäste zu einem Frühstück, in dessen Verlauf Geh. Rat Schüle auf den Minister Frhr. von Bodman und Ministerialdirektor Glockner toastete und Minister von Bodman auf das weitere Fortschreiten der Psychiatrie sein Glas leerte.

Aus den Nachmittagsfestlichkeiten mag noch der Reigen der Illenauer Damen (von Allegri in Karlsruhe

einstudiert) besonders erwähnt werden; er bot auf dem grünen Wiesenplan mit dem Blumenhintergrund malerische und künstlerische Reize. Um die Gesamtordnung des so schön verlaufenen Festes hat sich Medizinalrat Dr. Thoma alle Anerkennung erworben.

Die 280 Seiten umfassende Festschrift enthält folgende Arbeiten früherer und jetziger Illenauer Ärzte:

Ernst Thoma-Illenau, Zur pathologischen Histologie der Korsakoffschen Psychose;

Schultes-Illenau, Über Zwillingspsychosen;

R. Bundschuh-Illenau, Beitrag zur diagnostischen Anwendung der Wassermannschen Reaktion in der Psychiatrie;

Hans Roemer-Illenau, Zur Kenntnis des psychisch abnormen Landstreichertums;

Walther Haßmann-Illenau, Ein Beitrag zur Psychopathologie des Familienmords durch Geisteskranke;

W. Stemmer-Illenau, Zur Geschichte des Waisen-, Toll- und Krankenhauses, sowie Zucht- und Arbeitshauses in Pforzheim.

Ludwig Wilser-Heidelberg, Ein Beitrag zum Verständnis der Tierseele (ein rechnender Hund);

Max Fischer-Wiesloch, Die Entwicklung des Bauwesens der Irrenanstalten;

Ernst Colla-Bethel (Morija), Zur Frage der Basedowpsychosen;

Horstmann-Stralsund, Zur forensen Bedeutung der Chorea.

W. M. Subotic-Belgrad, Serbien, Direktor der Königlich Serbischen Irrenanstalt, Irrengesetze in Serbien;

August Hegar-Wiesloch, Der Taubstumme als Zeuge vor dem Strafrichter;

H. Brassert-Leipzig, Selbstverstümmelung bei Paralyse;

Böss-Wiesloch, Epilepsie und Sedobrol;

Ernst Müller-Waldbröl, Die Regenten des Jülisch-Claudischen Kaiserhauses in historischer, genealogischer und psychiatrischer Beleuchtung; zum Schluß von

Hermann Hirt, Direktionsgehilfen an der Anstalt Illenau, die Aufnahmen der Heil- und Pflegeanstalten sowie der psychiatrischen Kliniken des Großherzogtums Baden von 1826 bis 1901.

— **Gesellschaft Deutscher Nervenärzte.** Die siebente Jahresversammlung wird am Montag, den 29., Dienstag, den 30. September und Mittwoch, den 1. Oktober 1913 in Breslau stattfinden.

Allgemeines Programm.

Sonntag, den 28 September. Von abends 8 Uhr an: Begrüßung im großen Saal des Hotel Vier-Jahreszeiten, Gartenstraße 66/70. Daselbst Gelegenheit zum einfachen Abendessen. Die Damen der Teilnehmer sind willkommen. Vorher um ½5 Uhr: Vorstandssitzung in der Wohnung von Herrn Foerster, Tiergartenstr. 83, I.

Montag, den 29. September. 9 Uhr: Sitzung im Geschäftshaus der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur, Matthiaskunst 4—5. Geschäftliche Mitteilungen. Erstes Referat mit Diskussion. Vorträge. — 12½—1½ Uhr: Pause, Frühstück in den Gesellschaftsräumen der schles. Gesellschaft für vaterländ. Kultur. — 1½—5 Uhr: Fortsetzung der Sitzung — 8 Uhr: Gemeinsames Festmahl im großen Saal der Zwingergesellschaft, Zwingerplatz 4. Die Damen der Teilnehmer sind willkommen. (Gedeck ohne Wein M 6,—.)

Dienstag, den 30. September. 9 Uhr: Sitzung in dem Geschäftshaus der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur. Geschäftliches (Anträge, Wahl des Vorstandes, des nächstjährigen Versammlungortes, der Referatthemata usw.). Zweites Referat mit Diskussion. Vorträge. — 12½—1½ Uhr: Frühstückspause. — 1½—5 Uhr: Vorträge, Schluß der Versammlung. — Danach Besichtigung der Jahrhundertausstellung. —Abends von 9 Uhr ab werden die Kongreßteilnehmer und ihre Damen von dem Breslauer Lokalkomité zu einem geselligen Beisammensein geladen.

Mittwoch, den 1. Oktober. 9 Uhr: Demonstrationssitzung im neuen Hörsaal der königlichen medizinischen Universitätsklinik, Hobrechtufer 4. — 1 Uhr 13 Min.: Gemeinsamer Ausflug nach dem Fürstensteinergrund und Bad Salzbrunn. Abfahrt vom Freiburger Bahnhof nach Freiburg, von da Wagenfahrt hinauf zum Fürstensteiner Schloß, von da aus Fußwanderung durch den Fürstensteinergrund zur alten Burg, daselbst Kaffee, von da Wagenfahrt nach Bad Salzbrunn, daselbst gemeinsames Abendessen im Grandhotel.

H. Oppenheim,
I. Vorsitzender, Berlin, Königin Augustastraße 28.
M. Nonne,
II. Vorsitzender, Hamburg, Neuer Jungfernstieg 23.
O. Foerster,
für das Lokalkomitee, Breslau, Tiergartenstraße 83.
K. Mendel,
I. Schriftführer, Berlin, Augsburgertr. 43.

Wissenschaftliches Programm.

I. Referate.

1. Über die Abbauvorgänge im Nervensystem. Referent: Alzheimer-Breslau.
2. Röntgenologie in ihrer Beziehung zur Neurologie. Referent: A. Schüller-Wien.

II. Vorträge.

1. Auerbach, S., Frankfurt a. M.: Zur physiologischen Anatomie und lokaldiagnostischen Bewertung der Hemiataxie.
2. Bárány und Rothfeld, Wien: Untersuchungen des Vestibularapparates bei akuter Alkoholintoxikation und bei Delirium tremens.
3. Bielschowsky, M. Berlin: Über spätinfantile amaurotische Idiotie mit Kleinhirnsymptomen.
4. Erb, Heidelberg: Betrachtungen über die neueste Gestaltung des Begriffs und Wesens der Metalues.
5. Foerster, O., Breslau: Über den meningo-zerebellaren Symptomenkomplex bei fieberhaften Krankheiten.
6. Freund, S. C., Breslau: Zur Pathologie der Blicklähmungen.
7. Fröschels, E., Wien: Ergebnisse für die Auf-

fassung der Aphasien, hervorgegangen aus der sprachärztlichen Therapie.

8. Katzenstein und Cohn, Toby, Berlin: Plexus-Pfropfungen.
9. Kreuzfuchs, S., Wien: Röntgenbefunde bei „nervösen" Erscheinungen von seiten des Thorax und des Abdomens.
10. Kron, J., Moskau: Über Endotheliome des Gehirns.
11. Langenbeck, Breslau: Die Neuritis retrobulbaris bei Nerven- und Allgemeinleiden.
12. Lewy, F. H.., Breslau: Zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans.
13. Lißmann, P., München: Zur Behandlung der Impotenz.
14. Lüttge, Hamburg: Über einen besonderen histologischen Befund aus dem Gebiete der frühinfantilen familiären Muskelatrophien.
15. Marburg, O., Wien: Thema vorbehalten.
16. Mendel, K., und Tobias, E., Berlin: Die Basedowsche Krankheit beim Manne.
17. Meyer, O., Würzburg: a) Neue Apparate zur Schreibkrampfbehandlung (mit Demonstration). — b) Zur Funktion der Nervenendigungen in der Gefäßwand (mit Demonstration).
18. Müller, Eduard, Marburg: Thema vorbehalten.
19. Nonne, M., Hamburg: Heilung hartnäckiger Okzipitalneuralgie durch Exstirpation des Ganglion occipitale.
20. Oppenheim, H., Berlin: Zur Kenntnis der Schmerzen, besonders bei den Neurosen.
21. Ranschburg, P., Budapest: Über ein neuropsychologisches Grundgesetz (mit experimentellen Demonstrationen).
22. Reinhold, Gräfenberg: Die Abhängigkeit des Báránywschen Zeigeversuches von der Kopfhaltung.
23. Saenger, A., Hamburg: Über den Wert einiger Modfikationen (Cholesterinherzextrakt- und Kältemethode) der Wassermannschen Reaktion für die Neurologie.
24. Schuster, P., Berlin: Beitrag zur Klinik der tuberösen Sklerose.
25. Silberberg und Foerster, Breslau: Zur Spondylitis traumatica.
26. Stertz, Breslau: Zum diagnostischen Wert der Hirnpunktion.
27. Trömner, E., Hamburg: Zur Pathologie des Stotterns.
28. Uhthoff, W., Breslau: Thema vorbehalten.
29. Voss, G., Düsseldorf: Ein Beitrag zur Kenntnis der paroxysmalen Lähmungen.
30. Weygandt und Jakob, A., Hamburg: Experimentelle Syphilis des Zentralnervensystems (mit Demonstrationen).

III. Demonstrationen werden am 1. Oktober 1913 abgehalten werden von den Herren: Alzheimer, Foerster, Freund, Mann, Uhthoff; ferner hat Herr Ranschburg, Budapest, angemeldet: „Pan (Mikrostat)", universaler Handanschlußapparat für elektromedizinische Zwecke.

In den Nebenräumen des Sitzungssaales des Geschäftshauses der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur wird eine Ausstellung von neurologisch interessanten Röntgenplatten veranstaltet werden.

Der freundlichen Beachtung der Herren Referenten und Vortragenden werden die Einzelbestimmungen der §§ 11—13 unserer Geschäftsordnung empfohlen: Zeitdauer der Vorträge: für die Referate 30—45 Min., allerhöchstens 1 Stunde (für Doppelreferate je 30—40 Min., zusammen höchstens 1½ Stunden); für die Einzelvorträge 15—20 Min. — In der Dikussion im allgemeinen 6—10 Minuten für den einzelnen Redner. —Bei drängender Zeit kann die Versammlung eine Reduktion dieser Vortragszeiten beschließen.

Referate.

— Die Onanie. 14 Beiträge zu einer Diskussion der „Wiener Psychoanalytischen Vereinigung". Wiesbaden 1912. J. F. Bergmann. 140 S. 4 M.

Dattner, Feden, Ferenczi, Freud, Friedjung, Hitschmann, Rank, Reiter, Rosenstein, Sachs, Sadger, Steiner, Stekel und Tausk äußern sich in eingehender Weise zu dem obigen Thema, wobei überall die Freudschen Anschauungen mehr oder weniger richtunggebend sind. Angst und Schuldbewußtsein müsse man besonderen Wert beimessen, so versichern alle Redner; von einer Schädlichkeit der Onanie zu reden, sei fasch, meint Steckel; Sadger führt die Selbstbefriedigung in letzter Linie auf die Säuglingspflege zurück, Ferenczi hält Beziehungen zwischen Nase und Genitale für nicht belanglos. Als Therapie wird empfohlen (Sadger): Die Benutzung der hetero- wie homosexuellen Verliebtheit des Masturbanten und zweitens (natürlich!) die psychoanalytische Methode.

Diese Angaben mögen zur Skizzierung des Buches genügen, zumal die 14 Referate im einzelnen nicht gut wiedergegeben werden können.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Kötscher: Unsere Irrenhäuser. Berlin 1912. Langenscheidt. 199 Seiten.

Zur Aufklärung der Laien bestimmte Schrift, welche den gegenwärtigen Stand des deutschen Anstaltswesens eingehend schildert und freimütig einzelne Verhältnisse berührt, an welche noch die bessernde Hand zu legen ist. Eine größere Anzahl guter Abbildungen illustriert die Beschreibungen der Krankenpflege und -beschäftigung, der Feste usw. Da die Psychiatrie „heute den Gesetze machenden Personen, den allermeisten Volksvertretern und den Juristen noch eine terra incognita ist", hält Verf. Deutschland für eine allgemeine Irrengesetzgebung noch nicht in entsprechender Weise vorbereitet. Er befindet sich hierbei in Übereinstimmung mit E. Schultze, der wiederholt und erst neuerdings wieder in Aschaffenburgs Handbuch ähnliche Bedenken gegen die alsbaldige Schaffung eines Reichsirrengesetzes ausgesprochen hat.

Mercklin.

— Dr. Ernst Jentsch, Assistenzarzt an der Unfalls-Nervenheilanstalt der Knappschaftsberufsgenossenschaft in Schkeuditz: Die psychogene Rückerinnerung als Ursache wiederholter traumatischer Depressionszustände. Sonderabdruck aus der ärztl. Sachverständigen-Zeitung 1912, Nr. 17.

Verf. führt aus, wie große Bedeutung bei labiler Grundlage dem starken affektiven Eindruck, dem „Erlebnis", zukommt, wobei Angst- und Schreckeinwirungen die Hauptrolle spielen. Die betr. Situation kann bei Disponierten allein schon als affektbetonte Rückerinnerung in Wirkung treten. Er weist seine Ansicht an einem Dachdecker nach, der durch einen Sturz in depressive Verstimmung und Hemmung der Gefühls- und Willenstätigkeit verfiel, wieder genas, aber im Anschluß an Schreckeinwirkung noch dreimal an ähnlichen Zuständen erkrankte, wobei diese, gewissermaßen parallel zur normalen psychologischen Anpassung, immer mehr an Intensität abnahmen. Lange-Waldheim.

— Reichardt, M.: Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg. 7. Heft: Hirn und Körper. Jena 1912. Fischer. 15 M.

Eine ausführliche, 509 Seiten lange Monographie, in der Verf. das Körpergewicht und dessen Beziehungen zu einzelnen Hirn- und Rückenmarkssymptomen bespricht. Das Resultat ist hier die schon früher vom Verf. vertretene Anschauung, daß die große Mehrzahl der Psychosen primäre Hirnkrankheiten sind. Der primäre Einfluß von Stoffwechselanomalien und Störungen der inneren Sekretion wird im allgemeinen abgelehnt, ein Standpunkt, bei dem Verf. zweifellos über das Ziel hinausschießt; überhaupt ist manches mit Bestimmtheit gesagt, wo ein vorsichtiges „vielleicht" oder „möglicherweise" zurzeit noch am Platze sein dürfte.

Kürbitz-Sonnenstein.

Therapeutisches.

Antiluetin.

M. Tsuzuki[1]) hat in Bern auf Anregung und unter Leitung von Prof. Kolle die Wirkung von Arzneigemischen auf Trypanosomen am lebenden, infizierten Tiere untersucht und kam dabei zu dem Schlusse, daß die Kombination mehrerer chemotherapeutisch wirksamer Substanzen bei Behandlung der experimentellen Nagama-Trypanosomen-Infektion mit kleineren Mengen der einzelnen chemisch differenten Heilmittel mit verschiedenen Angriffspunkten eine bessere und sicherere Heilwirkung erzielt als größere Dosen der einzelnen Arzneimittel, und daß dabei die Giftwirkung des Gemisches geringer ist als im letzteren Falle.[2])

Nach seiner Rückkehr nach Japan hat er folgende Präparate gegen Syphilisspirochäten versucht:

1. Stibio-Kali-tartarikum,
2. Antimonyl-anilintartarat,
3. Antimonyl-ammoniumtartarat.

Die Versuchskaninchen wurden nach der Methode von Ossolu, Truffi und Mezincescu mit syphilitischem Material infiziert.

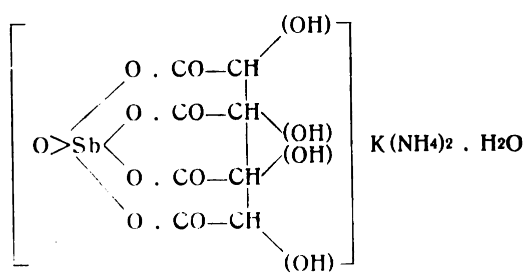
Wegen der geringen Heilerfolge dieser Mittel bei Syphilitikern hat er von ihrer Verwendung Abstand genommen.

Dagegen hat er eine neue Substanz hergestellt und zu seinen Versuchen verwendet, nämlich das Bitartrato-Kalium-ammonium-antimonoxyd, $(SbO[C_4H_4O_6]_2)K(NH_4)_2H_2O$. Er hat es unter dem Namen „Antiluetin" in den Handel gebracht.

Ein Vergleich des Antiluetins mit dem Salvarsan ergibt, daß die giftige Arsengruppe gegen die entsprechende weniger giftige Gruppe des Antimons umgetauscht ist, ferner statt des Benzolringes mit den OH-Gruppen der Weinsäurerest verwandt wird, „eine Substanz, die ja in der organischen Chemie bereits seit Pasteurs Zeiten dadurch bekannt ist, daß sie im Lebensprozeß besonderer Bakteriengruppen sogar die Stelle eines Nahrungsstoffes einehmen kann, worauf sich ja spezielle Methoden zur Trennung optisch aktiver Substanzen für stereochemische Zwecke gegründet haben. Jedenfalls stehen organische Molekülreste aus der Reihe der aliphatischen Verbindungen, wie die Weinsäure z. B., in engerer Verwandtschaft zu dem Leben der Parasiten oder der niederen Organismen, als der aromatische Benzolring, der mehr für Produkte aus dem Lebensprozeß der höheren Organismen charakteristisch ist."

Auch die Weinsäuregruppe ($C_4H_4O_6$) würde, ähnlich wie Salvarsan, zwei OH-Gruppen enthalten, die für haptophore Gruppen der Zelle in Betracht kämen.

Die obengenannten drei Salze erreichen nicht die maximale Koordinationszahl sechs, sondern nur vier, sind also „koordinativ ungesättigte Verbindungen", welche als solche durch Aufnahme weiterer Molekülgruppen in gesättigte Verbindungen überzugehen streben, worauf vermutlich ihre ausgesprochene Organotropie, d. h. Giftigkeit für den Körper, beruht. Es kam daher darauf an, diese Organotropie durch Überführung der ungesättigten Verbindungen in „koordinativ gesättigte" zu verhindern. Nach vielen Versuchen hat sich gezeigt, daß eine chemische Absättigung mit Ammoniumtartrat, insbesondere beim Stibio-Kalium tartarikum zu einem vollen Erfolg führt. Dies führte zur Herstellung des Bitartrato-Kalium-ammonium-antimonoxyd, genannt „Antiluetin", mit folgender Konstitutionsformel:



[1]) Antiluetin, ein neues Mittel der Kombinationstherapie. Vom Generalarzt Dr. M. Tsuzuki. Aus dem Institut zur Erforschung der Infektionskrankheiten in Himeji (Japan). Deutsche med. Wochenschrift, 22. Mai 1913, Nr. 21, Seite 985.

[2]) Zeitschrift für Hygiene, Bd. 68, S. 364.

Im Anschluß an diese Ausführungen machen M. Tsuzuki, K. Ichibagase, H. Hagashi und Htano Mitteilungen über die therapeutische Wirkung des Antiueltins.[3]) Sie verabreichten das Antiluetin nach folgendem Rezept:

Antiluetin 2,5
Cocain. hydrochl. 2,5
Aqu. dest. 100,0
M. D. S. 1,0—2,0 ccm subkutan zu injizieren.

Kokain wurde beigefügt, weil das Antiluetin an der Injektionsstelle in einigen Fällen Reaktionen (Schmerz usw.) auslöst. Man soll eine möglichst dünne Nadel verwenden, um Verletzungen der Muskelfasern zu verhüten; durch letzteres wird der Reaktionsschmerz verstärkt und es kann zuweilen sogar Vereiterung eintreten. Die Stärke der Reaktion ist außerdem von der Empfindlichkeit des Einzelnen abhängig. Zur Prüfung der Überempfindlichkeit empfiehlt es sich, zur Vorsicht eine Probeinjektion von 0,0125, oder sogar 0,005, zu machen und die Tagesdosen nach und nach auf 0,025 oder 0,03 usw. zu steigern. Bei heftiger Reaktion soll man das Antiluetin mit der doppelten Menge sterilisierten Wassers verdünnen. In den von den Autoren behandelten Fällen verlief die Reaktion ganz gefahrlos; nur in einem Falle kam es zur Vereiterung an der Injektionsstelle. Als „Dosis therapeutika sterilisans magna" gilt für den Menschen 0,75 g Antiluetin. Injektionsort: Gegend zwischen den Schulterblättern. Als sehr geeignete Etappenbehandlung wird folgendes bezeichnet: Beginn mit 0,025 und steigend bis 0,25; Injektion des Restes nach und nach in kleineren Portionen im Verlauf von 4 bis 5 Tagen, bis die Gesamtmenge von 0,15 bis 0,3 g erreicht ist. Wenn die Patienten diese Einspritzungen gut ertragen, so setzt man sie noch weiter fort. Bei weniger empfindlichen Patienten kann man auch eine Tagesdosis von 0,06 bis 0,1 Antiluetin geben.

Unter den 10 mitgeteilten Krankheitsgeschichten findet sich: Ein Fall von Atrophie der Papille des Sehnerven: hier wurde außerdem salizylsaures Quecksilber und Kaliumjodid angewendet; Pat. wurde geheilt entlassen; es wurde im ganzen 0,5 g Antiluetin verabreicht. — Ein Fall von Gehirnsyphilis. Nach salizylsaurem Quechsilber und Kaliumjodid sowie grauer Quecksilbersalbe keine Beserung. Pat. erhielt dann in der Zeit vom 15. bis 25. Februar im ganzen 0,775 Antiluetin in 11 Injektionen (7×0,025, dann 2×0,05 dann 0,0625, dann 0,075). Heilung der Gedächtnisschwäche, Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit, der Schwindelanfälle und der Schwäche in den Beinen, Besserung der Sehkraft, sogar die Patellarreflexe kehrten wieder. Ein weiterer Fall von Gehirnsyphilis mit Kopfschmerz, Schwindel, Ohnmachtsanfällen mit Erbrechen. Behandlung mit salizylsaurem Quecksilber und Kaliumjodid ohne Erfolg. Nach 5 Injektionen Antiluetin, jedesmal 0,05, Schwinden von Kopfschmerz, Schwindel und Erbrechen.

[3]) Die therapeutische Wirkung des Antiluetins. Von Generalarzt Dr. M. Tsuzuki, Dr. K. Ichibagase, Dr. H. Hagaschi und Dr. Htano. Aus dem Institut zur Erforschung der Infektionskrankheiten in Himejï (Japan). Deutsche med. Wochenschrift, 22. Mai 1913 Nr. 21, S. 988.

— **Krotalin gegen Epilepsie.** In „Über Land und Meer", 1913, Nr. 38, 110. Band, Seite 1057, teilt Professor Dr. med. Carl Ludwig Schleich (Berlin) mit, daß Turner in England, Spangler in Amerika, Fackenheim in Kassel das Krotalin „mit schönstem Erfolg" gegen Epilepsie angewendet haben. „Die damit behandelten zahlreichen Personen verloren gänzlich ihre Anfälle, weil ihr Blut gerinnungsunfähig geworden war." Nach Professor Schleich wird so durch die Erfahrung glänzend die Anschauung von der Ursache epileptischer Anfälle als „periodische Gerinnungsvorgänge der Hirnsäfte" bestätigt und er fragt: „Gibt das nicht einen Ausblick auf neue Wege gegen alles, was man periodischen Wahnsinn nennt?"

Bei Hämophilen, deren Blut nicht gerinnt, hat nach Professor Schleich bisher noch niemand jemals Epilepsie oder Dämmerzustände beobachtet, und er selbst, Professor Schleich, erklärt auch nichts von Manien, Paralysen, Dementien bei solchen Blutern zu wissen. „Leute, deren Säfte nicht gerinnen können, können auch nicht geisteskrank werden in obigem Sinne. Das ist nicht ausgeklügelt, es ist absolute Tatsache."

Nach Prof. Schleich geben nämlich die Blut- und Lymphsäfte im Gehirn die pulsenden Isolatoren, die Hemmungsapparate (!?) ab für die elektrischen Ströme in den Nervenganglien. An das harmonische oder unharmonische Spiel zwischen Ganglienstrom und Säfteregulation ist der reguläre Ablauf des Seelenlebens, sind Ohnmacht, Raserei, Schlaf, Traum, Wahn, Seligkeit gebunden. Wenn die hin- und herflutende Saftmasse des Gehirns mit ihrem Schleusenspiel für die Nervenzuckungen zeitweise und plötzlich erstarrt, gerinnt, so sind alle nervösen Partien im Bereich der Gerinnung gesperrt und gehemmt und außer Funktion gesetzt und der Strom der Außenreize kann an diesen Stellen nicht passieren, er staut sich und überflutet freie, durch Selbstgerinnung nicht gehemmte Bahnen. Die dadurch entstehende ungeheure Überströmung intakter Hirngebiete mit elektrischen Reizwellen erzeugt im Bewegungsgebiet: Krämpfe, im seelischen: Wahn. Die sogenannte fixe Idee hat ihren Sitz in den restierenden, noch gesunden Bezirken der Hirnmaschinerie; der Sitz der Krankheit, die Gerinnung der Isolatoren, muß an einer anderen Stelle gelegen sein. „Wenn jemand glaubt, Jesus, Napoleon, die Jungfrau Maria zu sein, so muß er es glauben, wenn nur diese Stellen, an denen auch dem Gesunden eine phantasievolle Identifizierung seiner Persönlichkeit mit den genannten Geistern möglich ist, noch funktionieren und alle anderen Vorstellungen, auch die von seinem wirklichen Ich, eingedämmt, sagen wir ruhig „eingedämmert", sind."

Von dem Bürgermeister aus Pommern, der plötzlich verschwunden und in der französischen Fremdenlegion aufgetaucht ist — diesen führt er als typischen Fall an —, meint Professor Dr. Schleich, er habe „periodische Anfälle von Gelatinisierung seiner Hirnlymphe,

seiner Hirnstromregulation" (!?). Gerinnung könne, wie das Experiment lehre, in wenig Sekunden einsetzen. Die Vorstellung vom Ich kann schwinden, es tritt eine andere dunkle Persönlichkeitsempfindung auf, unklar und nur halb bewußt sich selbst, die Orientierung ist stark erschwert, die intakte Automatie des Willens und der Bewegungen jedoch arbeitet gehorsam dem neuen, nur halbbewußten Schatten eines Ichs. Es kommen automatisch komplizierte Handlungen, Reisen, zustande. Die Gerinnung löst sich periodisch wieder auf und die Orientierung ist wieder da, damit auch das normale Ich.

Erfahrungen mit Aponal bei chirurgischen Fällen. Von Dr. Herzberg, Berlin. (Fortschritte der Medizin 1913, Nr. 16.) Auf Grund einer größeren Anzahl von Versuchen, über die Verf. des Näheren berichtet, spricht er dem Mittel eine schmerzstillende Wirkung im allgemeinen zu. Das Fehlen irgend einer üblen Nachwirkung wird bestätigt. Auch sah Verf. keine unangenehmen Erscheinungen von seiten des Magendarmkanals, des Herzens oder der Nieren, keine Benommenheit oder Erschöpfungsgefühle beim Erwachen.

Selbst in einer Dosis bis zu 4 g, innerhalb eines kurzen Zwischenraumes gegeben, zog es keinerlei üblen Nachwirkungen außer einer geringfügigen Müdigkeit am folgenden Tage nach sich.

Bei 2 g trat nach einer halben bis anderthalb Stunden Schlafwirkung ein, die im Durchschnitt 6 bis 7 Stunden anhielt. Aponal wirkt nicht bloß gegen einfache Agrypnie, sondern nach Operationen resp. bei chirurgischen Fällen schmerzlindernd und gleichzeitig schlafbringend.

— **Alkoholfreie Getränke.** Von F. J. Beutel. 351 Rezepte mit 15 Abbildungen. Heinrich Killinger, Verlagsbuchhandlung, Leipzig und Nordhausen. 103 Seiten.

Dies Buch ist auch für die Küche von Irren- und Nervenheilanstalten recht nützlich. Der Stoff wird in folgender Einteilung behandelt: 1. Kaffeegetränke; 2. Schokoladengetränke; 3. Teegetränke; 4. Milchgetränke; 5. Sirupe; 6. Fruchtsäfte; 7. Limonaden; 8. Kaltschalen; 9. Verschiedene Getränke; 10. Moussierende Getränke; 11. Gefrorenes: a) Crême-Gefrorenes, b) Wasser-Gefrorenes, c) Sahne-Gefrorenes (Sahneeis oder Rahm-Gefrorenes).

Wem daran gelegen ist, seinen **Kranken große** Abwechslung in solchen, zum großen Teil äußerst **billig** herzustellenden Getränken zu bieten, wird sich des Buches mit Vorteil bedienen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 20. 16. August. **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Erfahrungen bei Anwendung des preußischen Min.-Erlasses vom 15. Juni 1901 betr. Verfahren bei der Entlassung gefährlicher Geisteskranker. (S. 235.) — Abderhaldens Abwehrfermente des tierischen Organismus und ihre Bedeutung für die Erforschung geistiger Störungen. Von Dr. Bresler. Fortsetzung. (S. 240.) — Mitteilungen (S. 242): Überimpfung von Spirochaten aus dem Gehirn eines Paralytikers. Sauerstoffbehandlung von Geisteskrankheiten. Radium als Mittel gegen akuten Wahnsinn. Feier des 50 jähr. Bestehens von Bunzlau. Obernigk. Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen. Die Hochschule für Hilfsschulpädagogik. — Referate (S. 243). — Personalnachrichten (S. 244). — Therapeutisches (S. 244).

Erfahrungen bei Anwendung des preußischen Min.-Erlasses vom 15. Juni 1901 betr. Verfahren bei der Entlassung gefährlicher Geisteskranker.

Der Min.-Erlaß vom 15. Juni 1901 betr. Verfahren bei der Entlassung gefährlicher Geisteskranker aus öffentlichen Irrenanstalten (siehe Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, Bd. III, Nr. 19, S. 200) und die zugehörigen Erlasse (ebenda, Beilage zu Nr. 48) stehen nun so lange in Kraft, daß ein Rückblick über die dabei gemachten Erfahrungen und erzielten Erfolge wohl zweckmäßig sein dürfte. Der gegenwärtige Zeitpunkt scheint dafür um so mehr geeignet, als die Rufe nach einer neuen gesetzlichen Regelung des Irrenwesens in Preußen wie im Reiche, und namentlich der Fürsorge für die geisteskrank gewordenen Verbrecher, im Laufe dieses Jahres sich von neuem und ganz besonders laut vernehmen ließen.

Daß die Fürsorge für die in der Strafhaft geistig erkrankten Personen, denen der Aufenthalt in der Irrenanstalt nicht auf die Strafzeit angerechnet wird, endlich neugeregelt werden muß, darin sind alle einig.

Über die Notwendigkeit anderweitiger Reformen gehen die Meinungen auseinander.

Vor einiger Zeit hatte ich eine Reihe von Anstaltsleitungen gebeten, ihre Erfahrungen bei der Anwendung des Min.-Erlasses vom 15. Juni 1901 zur Veröffentlichung in dieser Zeitschrift mitzuteilen. Im Nachstehenden werden die eingegangenen Äußerungen abgedruckt. Für die gütige Einsendung des Materials sage ich den sehr geehrten Herren Direktoren bezw. Verfassern meinen besten Dank. Weitere — tunlichst baldige — Beiträge sind sehr willkommen.

Dr. Bresler.

I.

Erfahrungen bei Anwendung des Min.-Erlasses vom 15. Juni 1901 betr. Verfahren bei der Entlassung gefährlicher Geisteskranker.

(Rhein. Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen, Direktor Dr. Herting.)

Von Oberarzt Dr. Rademacher.

Unter genauer Beobachtung des Min.-Erlasses vom 15. Juni 1901 wurde seit jenem Zeitpunkte bis zum Juli 1912 in hiesiger Anstalt die Entlassung eingeleitet bei 105 Männern; davon wurde die Entlassung von der zuständigen Behörde genehmigt in 94 Fällen und abgelehnt in 11 Fällen, und zwar dieses in 2 Fällen, weil die Familie, in welche der Betreffende entlassen werden sollte, nicht die nötige Garantie böte, und in einem Falle, weil nach Ansicht der Behörde der zu Entlassende „noch in hohem Grade anormal und der Anstaltspflege noch bedürftig sei"; in den übrigen Fällen, weil die Betreffenden noch „gemeingefährlich seien und es zu befürchten sei, daß sie sofort wieder mit den Strafgesetzen in Konflikt geraten würden".

Von diesen Abgelehnten starb einer nachher in der Anstalt, die anderen kamen alle durch Verfügung des Herrn Landeshauptmanns zu Düsseldorf zur Entlassung, und zwar wurde diese Entlassung verfügt auf Grund eines Berichtes der hiesigen Anstaltsdirektion in einem Falle, weil der Einspruch zu spät erfolgte, einmal, weil die Stichhaltigkeit der Gründe, daß die Familie nicht zur Aufnahme geeignet sei, nicht anerkant wurde; dreimal, weil Genesung eingetreten war, und viermal, weil, obschon keine Genesung eingetreten war, doch keine

Irrenanstaltspflege mehr nötig war, und schließlich einmal, weil der Betreffende, jener oben als „in hohem Grade Anormale", als „nicht geisteskrank" erklärt wurde.

Von den ohne Genehmigung der betreffenden Behörde Entlassenen wurde nach unseren Akten nur einer, ein Epileptiker, wieder straffällig durch Betrug und Erpressung und kam deshalb auf Gerichtsbeschluß zur Beobachtung in unsere Anstalt zurück; in der Gerichtsverhandlung wurde ihm vom Gericht für den Betrug der § 51 zugebilligt, für den Erpressungsversuch wurde er bestraft.

Von den mit Genehmigung der Behörde Entlassenen wurden 15 wieder straffällig, wovon 12 als „geisteskrank" wieder der Anstalt zugeführt wurden, während 3 als „zurechnungsfähig" gerichtlich bestraft wurden.

Aus dem Gesagten erkennt man, daß die zuständigen Behörden nur in einer geringen Anzahl der Fälle die eingeleitete Entlassung abgelehnt haben und daß dies in den meisten Fällen geschehen ist, weil man die betreffenden Personen wegen ihres Vorlebens als „gemeingefährlich" betrachtete und vermutete, daß sie bald wieder straffällig würden; wie aus obiger Zusammenstellung ersichtlich ist, ist nur eine Person von dieser Kategorie wieder straffällig geworden und dann aber auch wenigstens teilweise für seine strafbare Handlung bestraft worden. Andererseits sind von den mit Genehmigung Entlassenen verschiedene wieder straffällig geworden und kamen zum größten Teil wieder in die Anstaltsbehandlung zurück.

Hieraus folgt, daß die erfolgte Genehmigung keine sichere Garantie ist, daß das Publikum durch solche Personen nicht wieder geschädigt werden könnte. Immerhin ist es für den Anstaltsdirektor eine Beruhigung und ein gewisser Rückhalt, wenn die Entlassung solcher gemeingefährlicher Geisteskranker mit Genehmigung der betr. Behörde erfolgt ist. Da nun weiter ersichtlich ist, daß, falls die Genehmigung der Entlassung aus irgendeinem Grunde verweigert worden ist, in der Rheinprovinz der Landeshauptmann in geeigneten Fällen einfach die Entlassung verfügen kann, weil keine „Anstaltsbedürftigkeit" mehr vorliegt, so macht der Min.-Erlaß wenig Schwierigkeit, höchstens kann man von Umständlichkeit und Verzögerung sprechen.

Anders steht es mit der Frage, ob die unter diesen Min.-Erlaß fallenden Personen in unsere öffentlichen Anstalten gehören.

Daß sie nicht in dieselben passen, geht schon daraus hervor, daß man solche Leute in besonderen Häusern der Anstalten unterzubringen strebt.

Und weshalb paßt diese Art von Kranken nicht in die Prov.-Anstalten?

Die Prov.-Anstalten haben jährlich zahlreiche Aufnahmen von Personen aller Stände, sowie auch zahlreiche jugendliche Personen; einerseits nun kann man es unbescholtenen Kranken nicht gut zumuten, mit solch verbrecherischen Elementen zusammen zu leben, anderseits können diese Letzteren auf die durch die Erkrankung geistig geschwächten und leichter bestimmbaren Leute einen schlechten Einfluß ausüben. Diese Bedenken und Sorgen werden gar oft von den Angehörigen und den Patienten selbst geäußert; auch kommt es gar nicht selten vor, daß solche verbrecherische Naturen später die während des Anstaltsaufenthaltes gemachten „Familienkenntnisse" zu verwerten suchen. Während also in diesem Sinne das Zusammensein in einer Anstalt nicht angenehm ist, so verschlechtern auch solche Individuen den ganzen Ton auf der Abteilung durch ihr Reden und Benehmen; da sie ferner zum Komplottieren neigen und meistens aufs Ausreißen bedacht sind, so macht sich eine schärfere Überwachung durch das Pflegepersonal nötig, was leicht dazu führt, daß die schärfere Überwachung auch auf die anderen harmlosen Patienten übertragen und dann oft recht unangenehm und unwürdig von diesen empfunden wird, und es leidet also die so energisch angestrebte freie Behandlung sehr unter dem Zwange, auch die verbrecherischen Kranken gemeinsam mit den anderen verpflegen zu müssen.

Wo sollen aber solche verbrecherische Kranke untergebracht werden?

Ich glaube, daß dies am besten und geeignetsten in Abteilungen geschehen könnte, welche einem Gefängnisse angegliedert wären und unter derselben Gefängnisverwaltung ständen. Denn erstens könnten diese Geisteskranken dort viel besser und sicherer verwahrt werden, denn es würde sich niemand daran stoßen, daß solche Bauten „fest" und mit allen Mitteln versehen seien, die eine Entweichung verhindern können, während die „festen Häuser" in den Irrenanstalten sehr auffallen und sowohl den harmlosen Patienten wie deren Angehörigen sehr anstößig sind. Durch eine möglichst sichere Unterbringung würde auch das Publikum nicht so oft durch Zeitungsartikel über Entweichung gemeingefährlicher Geisteskranker geängstigt werden.

Zweitens wäre dann die Versetzung des geisteskrank gewordenen Verbrechers aus der Ge-

fängnishaft in die „Irrenanstalt" einfacher und schneller zu bewirken, wie auch die Rückführung des wieder Genesenen in den Strafvollzug; zudem bliebe die ganze ärztliche Behandlung und Beurteilung in einer Hand.

Drittens könnte dann wohl auch eine Strafanrechnung des Aufenthaltes in der Irrenanstalt eher stattfinden, denn es ist doch hart, daß ein Gefangener, der, wie es oft vorkommt, durch die Strafverbüßung geisteskrank wird, die Zeit der Dauer dieser durch die Gefangenschaft entstandenen oder doch wenigstens ausgelösten Krankheit nicht auf seine Strafzeit angerechnet bekommt.

Schließlich wäre diese Vereinigung mit dem Gefängnisse für die Psychiater von großem Wert, da sie nicht gezwungen würden, sich im Verkehr mit solchen verbrecherischen Elementen tagtäglich allerlei Gefahren auszusetzen, und endlich wäre es für das Ansehen der Psychiatrie im Volke selbst sehr wertvoll, wenn die Psychiater mit der Entlassung solcher gemeingefährlichen Geisteskranken nichts mehr zu tun hätten, sondern eine solche, wie die Strafentlassung, durch die Gefängnisbehörde erfolgte und so der Vorwurf verstummte, daß die Psychiater zu schnell mit der Entlassung solcher Leute bei der Hand seien.

II.

Liste der unter Beachtung des Ministerialerlasses vom 15. Juni 1901 in den Jahren 1905 bis 1911 aus der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Plagwitz a. Bober entlassenen Kranken.

Es bedeuten die einzelnen Abschnitte: a) Vorstrafen bezw. ob außer Verfolgung gesetzt. b) Medizinische Diagnose. c) Erfolgte die Entlassung mit oder gegen die Zustimmung der in Frage kommenden Behörden? d) Schließlicher Erfolg der Entlassung.

1. Viktor B., Kellner.
   a) 14 mal bestraft (Majestätsbeleidigung, Unterschlagung, Betrug, Diebstahl usw.).
   b) Alkoholische Geistesstörung, pathologische Rauschzustände.
   c) Mit Zustimmung.
   d) Ohne dauernden Erfolg.
2. Friedrich B., Bäckergeselle.
   a) Außer Verfolgung gesetzt nach § 51. Strafverfahren wegen Mordversuchs.
   b) Hysterische Dämmerzustände infolge von Blitzschlag.
   c) Mit Zustimmung.
   d) Voller Erfolg.
3. Anton Sch., Arbeiter.
   a) Vielfach vorbestraft wegen Diebstahls usw.
   b) Degenerative Haftpsychose.
   c) Mit Zustimmung nach Entweichung.
   d) Unbekannt.
4. Theresia E., Schneidermeistersfrau.
   a) Wegen Mord ihrer Kinder. Außer Verfolgung gesetzt.
   b) Melancholie.
   c) Mit Zustimmung.
   d) Anscheinend dauernder Erfolg.
5. Paul L., Häuslersohn.
   a) Außer Verfolgung gesetzt. Strafverfahren wegen Brandstiftung.
   b) Periodisches manisch-depressives Irresein.
   c) Mit Zustimmung.
   d) Mit dauerndem Erfolg.
6. Ernst Sch., Schneider.
   a) Wiederholt wegen Betteln und Landstreichen und wegen versuchter Brandstiftung.
   b) Chronische alkoholische Psychose.
   c) Mit Zustimmung.
   d) Anscheinend mit Erfolg.
7. Martha W., Wirtschafterin.
   a) Zweimal bestraft wegen Diebstahl. Von der Anklage wegen Diebstahls in 14 Fällen und wegen Betrugs in 4 Fällen auf Grund § 51 freigesprochen.
   b) Degeneratives Irresein.
   c) Mit Zustimmung.
   d) Mit Erfolg.
8. Otto W., Kaufmann.
   a) Wegen Betrugs, Unterschlagung und Urkundenfälschung bestraft.
   b) Paranoide Haftpsychose. Heilung mit Defekt.
   c) Gegen die Zustimmung.
   d) Mit Erfolg, inzwischen verstorben.
9. Gustav H., Weber.
   a) Wegen Brandstiftung, Beleidigung bestraft.
   b) Imbezillität.
   c) Mit Zustimmung.
   d) Unbekannt.
10. Wilhelm H., Ackerhausbesitzer.
    a) Wegen Sittlichkeitsverbrechen bestraft.
    b) Dementia praecox.
    c) Mit Zustimmung.
    d) Ohne Erfolg; wieder eingeliefert.
11. Robert B., fr. Buchhalter.
    a) Wegen Sittlichkeitsverbrechen bestraft.
    b) Degeneratives Irresein.
    c) Mit Zustimmung.
    d) Mit Erfolg.
12. Theodor A., Barbier.
    a) Massenhaft vorbestraft wegen Zechprellerei, Betrug usw.

b) Pathologische Rauschzustände.
c) Gegen Einspruch der Behörden.
d) Ohne Erfolg; wieder eingeliefert in Kreuzburg.

13. Georg K., Arbeiter.
a) Im Verfahren wegen falscher Anschuldigung außer Verfolgung gesetzt. Mehrfach wegen Körperverletzung, Rauschhändeln usw. vorbestraft.
b) Traumatische Demenz kompliziert mit Alkoholismus.
c) Gegen Einspruch der Behörden.
d) Ohne dauernden Erfolg; wieder eingeliefert in Lublinitz.

14. Maximilian Sch., Schreinergeselle.
a) Wiederholt bestraft wegen Betteln, Betrug, Beleidigung, Unterschlagung und Diebstahl.
b) Degeneratives Irresein.
c) Mit Zustimmung.
d) Ohne Erfolg.

15. Johanna K., Arbeiterfrau.
a) Wegen Urkundenfälschung (Vernichtung von Grenzsteinen) in Untersuchung gewesen.
b) Querulantenwahn.
c) Mit Zustimmung.
d) Ohne Erfolg; wieder eingeliefert.

16. Maria Sch., Lokomotivführersfrau.
a) ?
b) Paranoia chronica.
c) Mit Zustimmung nach vorhergegangener Entweichung.
d) Mit Erfolg.

17. Heinrich H., fr. Weichensteller.
a) Wegen Urkundenfälschung bestraft.
b) Querulantenwahn.
c) Mit Zustimmung.
d) Unbekannt.

III.

Material der Provinzialirren- und Idiotenanstalt Kosten in Posen.

1. R. Kr., Epileptiker und Trinker. In I.-A. Schwetz 24. Dez. 1903 bis 4. Juni 1905 entwichen. Wegen Körperverletzungen 1897/98 und 1900/01 bestraft. 10. Juni 1904 entmündigt. Beging mehrfache, wohlüberlegte Viehdiebstähle. Bot in Kosten (9. Sept. 08 bis April 09) keinen Anhalt für Fallsucht oder Irresein. Gegen den Antrag der Entlassung hatte der Landrat nichts. Dagegen der Staatsanwalt in Schn. Bedenken. Letzterer zog später sein Bedenken zurück. Er wurde auf Antrag der Frau am 28. April 1909 entlassen und gleichzeitig dahin begutachtet, daß die Entmündigung aufzuheben sei.

2. M. H., Trinker, Landstreicher, Paranoiker. 29. August 1902 bis 10. März 1903 in Kosten. Entmündigt 13. September 1902. Auf Antrag der Ehefrau ohne Widerspruch der Behörden entlassen.

3. V. M., Unzuchts- und Diebstahls-, Betrugsgewohnheitsverbrecher. In I.-A. Dz. 24. Nov. 1908 bis 8. Januar 1909 zur Beobachtung, nicht geisteskrank. 23. März 1909 bis 18. Sept. 1909 in I.-A. Kosten, keine Erscheinungen von Geisteskrankheit. Da Verfahren eingestellt war und kein Haftbefehl mehr vorlag, ohne Widerspruch der Behörden auf freien Fuß gesetzt.

4. Kl. N., fallsüchtiger Trinker. 1904 Holzdiebstahl, 1909 Mord. 29. Sept. 1909 bis 27. März 1911 in I.-A. Kosten. Seit anderthalb Jahren geistesgesund, daher trotz Widerspruch von Staatsanwalt und Landrat auf Verfügung des Landeshauptmanns zunächst versuchsweise, dann endgültig entlassen.

5. J. M., Puella publica und Brandstifterin. Dementia praecox. 8. März 1906 bis 18. April 1906 zur Beobachtung, geisteskrank. 21. Mai 1906 bis 20. Mai 1908 in I.-A. Kosten. Polizeikommissariat stimmt der Entlassung zu, Staatsanwalt und demnächst Landrat widersprechen. Trotzdem verfügt Landeshauptmann, dem Antrag der Eltern, das noch unmündige 20 jährige Mädchen zu ihnen zu entlassen, ist zunächst versuchsweise zu entsprechen. Später nicht zur Anstalt zurückgekehrt.

IV.

Entlassungen gefährlicher Geisteskranker aus der Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde, bei denen der Ministeral - Erlaß vom 15. Juni 1901 in Anwendung kam.

Bei der Entlassung von Pfleglingen kam seit Bestehen der Anstalt (8. November 1904) 20 mal der Ministerial-Erlaß vom 15. Juni 1901 in Betracht. 19 mal hatten die Entlassenen noch Strafen zu verbüßen, einer hatte bei der Einlieferung in die Anstalt seine Strafe bereits abgebüßt.

Von den 19 wurden 3, davon 2 mit Einwilligung der Staatsanwaltschaft in die Freiheit entlassen. Der eine wurde in die Freiheit entlassen, nachdem 25 Tage seit der Benachrichtigung des Landrats verstrichen waren, von diesem aber keine Mitteilung eingegangen war. Er wurde dann in seinem Heimatsort verhaftet und in Strafhaft abgeführt. Der zweite litt an Paralyse und wurde auf Antrag seiner Frau mit Einwilligung der Staatsanwaltschaft nach Hause entlassen. Bei einer Nach-

untersuchung durch den zuständigen Kreisarzt wurde er später, trotz festgestellter Krankheitserscheinungen, für strafvollzugsfähig erklärt und in Strafhaft genommen. Der dritte wurde mit Einwilligung der Staatsanwaltschaft in die Freiheit entlassen, nachdem von hier aus erklärt worden war, daß die Fortsetzung des Strafvollzugs bei dem degenerierten Menschen sofort den Wiederausbruch der Geisteskrankheit zur Folge haben würde. Die Ortspolizeibehörde verlangte von der Anstaltsdirektion in diesem Falle die Garantie, daß der Kranke nicht wieder die öffentliche Sicherheit gefährden würde; die Garantie konnte nicht gegeben werden.

16 mal wurden die Entlassenen nach Heilung oder Besserung ihres Geisteszustandes in Strafhaft zurückgeführt. 6 mal wurde dabei die Frist von 3 Wochen seitens der betr. Behörde überschritten; in einem Falle dauerte es 3 Monate, bis der Kranke in den Strafvollzug übergeführt wurde, da Landrat, Staatsanwalt und Regierungspräsident sich gegen die Entlassung in die Freiheit aussprachen, aber verabsäumten, die Fortsetzung des Strafvollzugs in die Wege zu leiten. In einem Falle, in welchem 5½ Wochen vergingen, bis der Pflegling in Strafhaft genommen wurde, wurde die Zeit von der Entlassungsgenehmigung seitens des Landeshauptmanns bis zur Abholung aus der Anstalt (25 Tage) auf die Strafzeit in Anrechnung gebracht.

Nach den hiesigen Erfahrungen würde das Verfahren zweckmäßiger Weise dahin abzuändern sein, daß bei Pfleglingen, die für strafvollzugsfähig erachtet werden, nur Mitteilung an die zuständige Staatsanwaltschaft zu machen ist; die Mitteilung an Landrat oder Polizeibehörde ist nur eine Verzögerung des Verfahrens.

Sodann würde darauf zu dringen sein, daß generell die Zeit zwischen Entlassungsgenehmigung seitens des Landeshauptmanns und Abholung aus der Anstalt auf die Strafzeit in Anrechnung kommt.

Rechtlich interessant ist folgender Fall:

B., im Juli 1906 an Haftpsychose erkrankt und zunächst in O., dann hier eingeliefert, wird am 26. Januar 1908 dahin begutachtet, daß sein Zustand sich gebessert habe, und er strafvollzugsfähig sei.

Die Staatsanwaltschaft schreibt darauf am 31. Januar 1908: „B. ist durch gemeinsame Verfügung des Herrn Ministers der Justiz und des Innern vom 16. März 1907 aus der Strafhaft entlassen und als gemeingefährlicher Geisteskranker nach O. überführt. Er ist dort dreimal entwichen. Wegen der gemeinschaftlichen gefährlichen Körperverletzung, begangen am 7. Dezember 1907 gegenüber den Anstaltswärtern F., B. und E. bei dem letzten Ausbruch, hat ein Ermittelungsverfahren geschwebt; nach Auskunft der Provinzial-Irrenanstalt O. vom 7. Januar 1908 ist B. geisteskrank im Sinne des § 51 StGB., das Verfahren ist daraufhin eingestellt worden. Geisteskrank ist er auch nach dem Gutachten der Direktion der Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde vom 26. Januar 1908 und daher z. Z. nicht haftfähig. Wegen seiner Rückführung nach R. (Strafanstalt) kann daher z. Z. nichts veranlaßt werden."

Auf Anheimgeben der Staatsanwaltschaft erfordert daraufhin am 3. Februar 1908 der Polizeipräsident in Posen vom Landeshauptmann ein Gutachten seitens der Provinzial-Irrenanstalt O. Der Landeshauptmann erfordert nochmals Bericht von hier und verfügt daraufhin am 15. Februar 1908 die Entlassung. Am 2. März 1908 wird B. in Strafvollzug übergeführt.

Ärztlich interessant ist der Fall A.:

A. ist ein 1875 geborener Schuhmacher, entartet und mäßig schwachsinnig. 1903 wurde er wegen Betrugs und Urkundenfälschung zu 2 Jahren Zuchthaus verurteilt. Nach Fällung des Urteils erkrankte er an einem psychogenen Verwirrtheitszustand mit lebhafter Erregung und Hallucinose. Dieser Zustand besserte sich in einigen Monaten; A. wurde am 15. Oktober 1904 in den Strafvollzug zurückgebracht; auf dem Transport dahin aber trat der gleiche Zustand wieder auf und A. kam wieder in die Irrenanstalt. Nach Jahresfrist wiederholte sich das Spiel in gleicher Weise; und so ging es noch vier mal, obwohl die Rückführung stets ein Wunsch des A. war. Jetzt befindet sich A. seit dem 8. Juni 1909 in hiesiger Anstalt und ist seit Ende Juni 1909 etwa relativ geordnet; ein Versuch ihn in Strafhaft zurückzubringen, ist aber bei den sechsmaligen Fehlschlägen noch nicht wieder gemacht worden.

V.

Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu **Hildesheim.**

An der Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim hat sich das Verfahren bei der Entlassung gefährlicher Geisteskranker aus öffentlichen Irrenanstalten nach dem Min. Erlaß vom 15. Juni 1901 in jeder Weise bewährt. In keinem Falle, in dem wir erklärt hatten, daß ärztlicherseits der Entlassung krimineller Geistekranker keine Bedenken entgegenständen, sind von den zuständigen Behörden der Entlassung irgend welche Schwierigkeiten in den Weg gelegt worden.

In den Fällen, in denen die Entlassungsfähigkeit

an bestimmte Voraussetzunge geknüpft wurde, sind die Verhältnisse immer mit Wohlwollen geprüft worden und auch bei diesen schwierigeren Fällen haben die Behörden immer großes Entgegenkommen gezeigt. Nach unseren Erfahrungen erscheint eine Abänderung des Verfahrens nicht geboten.

VI.

Prov.-Heil- und Pflegeanstalt **Johannisthal bei Süchteln.**

Seit dem Bestehen der hiesigen Anstalt (1. VII. 1905 bis 3. V. 12) ist nur in 3 Fällee gegen die beabsichtigte Entlassung von nach § 51 St. G. B. freigesprochenen und danach als gemeingefährlich eingewiesenen Patienten seitens des zuständigen Landrats Einspruch erhoben worden. In allen 3 Fällen wurde dann durch den Herrn Landeshauptmann die Entlassung des betreffenden Kranken verfügt. Irgend welche Unzuträglichkeiten haben sich daraus nicht ergeben.

VII.

Provinzial - Heil- und Pflegeanstalt **Allenberg bei Wehlau.**

Die Erfahrungen bei Anwendung des Ministerial-Erlasses vom 15. Juni 1901 sind hier durchweg gute gewesen. Zu Konflikten mit den Behörden ist es nicht gekommen, im Gegenteil wurde der Hinterhalt, den man an den Behörden hatte, in vielen Fällen sehr angenehm empfunden. Nur in einem Falle machten die Behörden Schwierigkeiten; der Landeshauptmann entschied aber im Sinne des ärztlichen Gutachtens.

VIII.

Anstalt für Epileptische der Stadt Berlin **Wuhlgarten bei Biesdorf a. d. Stadtbahn.**

Ungünstige Erfahrungen sind diesseits mit dem betreffenden Erlasse, der im übrigen mit der hiesigen Dienstanweisung übereinstimmt, nicht gemacht worden.

IX.

Städt. Krankenanstalt **Lindenburg,** Psychiatrische Klinik, **Cöln-Lindenthal.**

Zu Ihrer Anfrage betr. des Ministerial-Erlasses vom 15. 6. 1901 bemerke ich, daß wir im allgemeinen keinen Grund haben, über Schwierigkeiten zu klagen. Zum größten Teil liegt das ja wohl allerdings daran, daß unsere Klinik ausschließlich Durchgangsstation ist und dementsprechend fast nie chronisches Material längere Zeit zu beherbergen hat. In den wenigen Fällen, in denen wir geglaubt haben, eine Entlassung befürworten zu können, sind uns seitens der Behörden keinerlei Schwierigkeiten gemacht worden.

Abderhalden's Abwehrfermente des tierischen Organismus und ihre Bedeutung für die Erforschung geistiger Störungen.

Übersichtsreferat von Oberarzt **Dr. Bresler.**

(Fortsetzung aus Nr. 16, Seite 191.)

Wie schon bemerkt, war es Fauser, der alsbald erkannte, daß die Abderhaldensche Methode für die Psychiatrie von großer Bedeutung werden muß, und sofort seine Untersuchungen mit dem Serum Geisteskranker begann. Meines Wissens hat er zum ersten Mal am 21. November 1912 in der wissenschaftlichen Sitzung des Stuttgarter ärztlichen Vereins von seinen Untersuchungen Mitteilung gemacht.[1]) [Er hatte sich schon früher mit dem Dementia-praecox- und dem Schilddrüsenproblem beschäftigt und im Jahre 1909 mittels der Komplementbindungsmethode (einerseits Substanz und Preßsaft der Testikel vom Tiere und vom Menschen, Schilddrüsensubstanz und Schilddrüsensaft, andererseits Blutserum vom Tiere und vom Menschen, auch von an Dementia praecox Leidenden) den (vergeblichen) Versuch gemacht, im Blut der betreffenden Kranken Antikörper gegen Geschlechtsdrüsen und Schilddrüse nachzuweisen.] Ausführlicher hat er dann die Ergebnisse beschrieben in der Deutschen medizinischen Wochenschrift 1912, Nr. 52, und 1913, Nr. 7, und in der Münchener medizinischen Wochenschrift 1913, Nr. 11. Am 13. Mai 1913 hielt er auf der Jahresver-

[1]) Württ. Mediz. Korrespondenz-Blatt 1912.

sammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Breslau einen Vortrag über „Pathologisch-serologische Befunde bei Geisteskranken auf Grund der Abderhaldenschen Anschauungen und Methodik." Ich übergehe den Inhalt der erstaufgeführten Arbeiten und berichte nach diesem Vortrag, der jene Arbeiten bereits überholt hat.

Bis zu seinem Vortrag im Mai 1913 hatte Fauser bereits ca. 250 Geisteskranke und ca. 30 Nichtgeisteskranke nach Abderhalden untersucht. Mehrere von ersteren wurden wiederholt untersucht.

Bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von Dementia praecox fand Fauser Schutzferment sowohl gegen Geschlechtsdrüsen wie gegen Hirnrinde. Er vermutet, daß eine primäre Dysfunktion der Geschlechtsdrüsen das Eindringen von unabgebautem Geschlechtsdrüseneiweiß in die Blutbahn zur Folge hat und daß beim nachträglichen Abbau dieses Eiweißes giftige, die Hirnrinde schädigende Stoffe entstehen. Daß es sich dabei nicht um den generativen, sondern um den innersekretorischen Anteil der Geschlechtsdrüsen handelt, von dem die Hormonwirkung ausgeht (Biedl, Innere Sekretion, ihre physiologischen Grundlagen und ihre Bedeutung für die Pathologie), schließt Fauser daraus, daß auch die Geschlechtsdrüsen 70 jähriger und älterer Männer und Frauen für die Untersuchung brauchbar sind.

Blut männlicher Dementia - praecox - Kranker baute nur Testikel ab, nicht aber Ovarien, Blut weiblicher Dementia-praecox-Kranker nur Ovarien, nicht aber Testikel.

In mehreren Fällen von Dementia praecox fand Fauser neben der Störung der Tätigkeit der Geschlechtsdrüsen auch eine solche der Schilddrüse — auch ohne daß die Schilddrüse vergrößert war.

Nur bei Dementia praecox konnte Fauser Schutzferment gegen Geschlechtsdrüsen nachweisen. In Fällen, wo ein Abbau von Geschlechtsdrüseneiweiß nicht erwartet worden war, nämlich in Fällen von manisch-depressivem Irresein oder anderen „funktionellen" Psychosen, lehrte der fernere klinische Verlauf, daß es sich um Dementia praecox handelte, daß also die serologische Diagnose der klinischen überlegen war.

In einigen wenigen sicheren Fällen von Dementia praecox wurde nur zeitweilig Schutzferment gegen Geschlechtsdrüsen oder auch gegen Gehirnrinde gefunden, und zwar schien es, als ob diese kontinuierliche oder intermittierende Dysfunktion mit einem Schwanken im klinischen Verlauf parallel ging.

Bei einigen Fällen von stationären End- und Defektzuständen mit Stillstand im klinischen Verlauf, wo also der eigentliche Krankheitsprozeß abgelaufen war, fand sich weder Schutzferment gegen Geschlechtsdrüsen, noch solches gegen Gehirnrinde; nur bei einer seit ca. 20 Jahren bestehenden Dementia praecox mit stationärem Endzustand — weiblich — wurde Schutzferment gegen Ovarien, nicht aber gegen Rinde festgestellt.

Bei Neurosen und Psychosen, die mit gröberen Veränderungen der Schilddrüse einhergingen (Basedowpsychose und psychische Störungen, die als in den weiteren Rahmen der Dementia praecox gehörig bezeichnet werden konnten) wurde Schutzferment sowohl gegen Schilddrüse wie gegen Hirnrinde gefunden.

Bei progressiver Paralyse fand Fauser mit verschwindenden Ausnahmen Schutzferment gegen Rinde. Wahrscheinlich ist auch hier die Rindendysfunktion eine diskontinuierliche, daher das Schutzferment nicht zu allen Zeiten vorhanden. In der Spinalflüssigkeit von Paralytikern fand sich niemals Schutzferment gegen Rinde; dies beweist aber zunächst nur, daß die Spinalflüssigkeit kein solches bilden kann, nicht aber, daß ungenügend oder falsch abgebautes Rindeiweiß in der Spinalflüssigkeit überhaupt nicht vorhanden ist.

Einige Male fand sich bei Paralyse auch Schutzferment gegen Niere und gegen Leber.

Wie bei der Dementia praecox ist auch bei der Paralyse die Dysfunktion der Rinde (und eventuell noch anderer Organe) nicht das Primäre. Bei der Paralyse ist das primam nocens das in die Blutbahn eingedrungene Spirochäteneiweiß. (Diese Annahme hat durch die inzwischen erfolgte Entdeckung der Spirochaeta pallida bei Paralyse durch Noguchi — siehe Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, XIV, S. 589 — die höchste Wahrscheinlichkeit erlangt.) Es ist daneben aber noch die Möglichkeit gegeben, daß beim lebenden Paralytiker das Schutzferment gegen das Spirochäteneiweiß auch die lebende Hirnrinde abbaut und daß die so abgebaute Nervensubstanz die Produktion eines zweiten Fermentes, nämlich eines Ferments gegen die Nervensubstanz selbst, hervorruft, so daß ein kontinuierlicher automatischer Gehirnabbau stattfindet, selbst wenn Spirochäten nicht mehr vorhanden sind, und der progressive Charakter der Paralyse zustande kommt.

Die Infiltration der adventitiellen Lymphscheiden mit Plasmazellen und Lymphozyten und die Gliawucherung ist vielleicht als histologische Abwehrmaßregel des Organismus gegen den fermentativen Abbau aufzufassen.

Bei den sogenannten rein funktionellen Psychosen wie manisch-depressives Irresein, einfache psychopathische Zustände usw. fand Fauser niemals Schutzferment gegen Hirnrinde, auch nicht gegen Geschlechtsdrüsen und Schilddrüsen; auch gegen Hypophyse, Zirbeldrüse, Muskel, Niere, Leber, Nebenniere konnte kein Schutzferment im Blut dieser Kranken nachgewiesen werden. Eine gröbere Dysfunktion seitens der Hirnrinde und der übrigen untersuchten Organe kann also wohl nicht vorliegen, sondern möglicherweise eine übermäßige oder unzureichende Abgabe eines normalen Sekrets in das Blut und dadurch auch in das Gehirn, wogegen Bildung von Schutzferment nicht stattfindet.

Fauser erhofft von der Abderhaldenschen Methode neben dem gewonnenen tieferen Einblick in die Entstehung der Dementia praecox die Möglichkeit einer serologischen Differentialdiagnose zwischen dieser Krankheit und dem manisch-depressiven Irresein.

Bei einigen schwereren Fällen von epileptischer und alkoholischer Geistesstörung wurden Schutzfermente gegen Rinde nachgewiesen, bei einigen chronischen Alkoholikern mit Leberschwellung Schutzferment gegen Leber.

Im Blut, das Menschen in der Agone entnommen war, fand sich einige Male Schutzferment gegen zahlreiche Organe, Hirnrinde, Leber, Niere, Muskel.

Im Hinblick auf alle diese bedeutsamen Befunde bemerkt Fauser, daß wir am Beginn einer neuen Wissenschaft, der pathologischen Serologie der Psychosen, stehen, einer Wissenschaft, welche die körperlichen Grundlagen der geistigen Erkrankungen erheblich vertieft und erweitert.

(Fortsetzung folgt.)

(Zufolge verschiedener Anfragen wird mitgeteilt, daß die Instrumente etc. zur Ausführung der Abderhalden'schen Untersuchungen bei Rudolf Schoeps, Fabrik wissenschaftlicher Apparate, in Halle a. S. zu haben sind.)

Mitteilungen.

— **Überimpfung von Spirochäten aus dem Gehirn eines Paralytikers in Testikel von Kaninchen** ist H. Noguchi gelungen. Es wurde eine aus dem spirochätenhaltigen Gehirn hergestellte Emulsion in die Testikel injiziert und dadurch typische syphilitische Sklerosen erzeugt, in denen Spirochaeta pallida nachgewiesen wurde.

— **Sauerstoffbehandlung von Geisteskrankheiten.** Der Pariser Irrenarzt Dr. Toulouse teilte der Gesellschaft der Krankenhausärzte mit, daß es ihm gelungen sei, zwei an akuter Sinnesverwirrung erkrankte Personen durch Einspritzung von Sauerstoff unter die Haut zu heilen. Aus der Tagespresse.

— **Radium als Mittel gegen akuten Wahnsinn.** Bei dem Internationalen Ärztekongreß in London machten Marchand, Dominici, Cheron und Petit interessante Mitteilungen über die Heilung des akuten Wahnsinns durch Radium. Wie dieselben mitteilten, haben sie gemeinsam in der Staatsirrenanstalt von Charenton bei Paris, das unter der Leitung Marchands steht, Versuche gemacht, wobei sie in zwanzig Fällen in überraschend schneller Zeit vierzehn vollständige Heilungen erzielen konnten.

— **Feier des 50jährigen Bestehens der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt** zu **Bunzlau** in Schlesien. Am 16. Juli wurde die 50jährige Wiederkehr der Eröffnung der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt festlich begangen. Gegen 10 Uhr fanden sich die geladenen Gäste im Verwaltungsgebäude der Anstalt ein und wurden von dem Dir. San.-Rat Dr. Clemens Neisser begrüßt. Es waren erschienen als Vertreter des Landeshauptmanns und des Vorsitzenden des Provinzialausschusses Landesrat Schölzel aus Breslau in Begleitung des Baurates Blümner, Sanitätsrat Dr. Petersen aus Brieg, der Leiter der dortigen Prov.-Heil- und Pflegeanstalt, Vertreter der städtischen Körperschaften sowie die Geistlichen der christlichen Bekenntnisse in Bunzlau.

Unter Vorantritt der Geistlichen ordnete sich der Zug, um zum ersten Male an einem Gottesdienste in der neuerbauten Kapelle der Heil- und Pflegeanstalt teilzunehmen. Die Liturgie hielt Pastor Müller, worauf Superintendent Straßmann eine Ansprache hielt, der eine Ansprache des Erzpriesters Fiebiger folgte.

Nach Beendigung der kirchlichen Feier hielt Direktor Dr. Neisser im festlich geschmückten Saale des neuen Männerhauses den Festvortrag (erscheint unter den Originalien dieser Wochenschrift).

Im Namen des Provinzialverbandes sprach Landesrat Schölzel das Bedauern des Landeshauptmanns und des Vorsitzenden des Provinzialausschusses aus, die leider an der Teilnahme verhindert seien. Er überbrachte der Anstalt und ihrem Leiter den Dank und die Anerkennung der Provinzialbehörden.

Bei dem nun folgenden Umgange durch die Anstalt gewannen die Teilnehmer einen Einblick in den Betrieb einer modernen großen Heil- und Pflegeanstalt, werden doch in kurzer Zeit statt der bisher 700 Patienten infolge der in den letzten Jahren erfolgten Vergrößerung 1100

Patienten Aufnahme finden können — außer dem Wärter- und sonstigen Personal.

Ein von der Anstalt dargebotenes Frühstück bildete den Schluß der schönen Feier für die Festteilnehmer, während sich die Kranken noch lange beim Klange der Anstaltskapelle den Freuden des Tanzes hingaben, denn auch für sie war der Tag ein Freuden- und Feiertag; alle Arbeit ruhte, und soweit es sich mit ihrem Zustande vereinbaren ließ, durften auch die Kranken den Tag der Freude genießen. (Nach Bunzlauer Tageblatt.)

— **Obernigk.** Die Lewaldsche Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke (leitender Arzt und Besitzer Dr. Loewenstein) ist neuerdings um eine Dependance-Villa vergrößert worden. Diese Villa, ein kleines offenes Sanatorium, liegt wenige Minuten vom Walde entfernt an der Trebnitzerstraße und ist durch diese von der Hauptanstalt vollständig getrennt. Sie ist im komfortablen Landhausstile gebaut, von einem idyllischen Garten umgeben und erfüllt in der Inneneinrichtung alle modernen Ansprüche an Behaglichkeit und Hygiene. Im Gegensatz zur Hauptanstalt, in der zum größeren Teile Psychosen zur Behandlung kommen, ist dieses Haus nur zur Aufnahme und Behandlung von Nervösen und Erholungsbedürftigen bestimmt. Diese Neuerung und Erweiterung trägt also nicht nur der steigenden Krankenfrequenz Rechnung, sie wird auch die bestehende Anstalt nach einer bestimmten Richtung hin ergänzen. Es ist dadurch nämlich Gelegenheit geboten, Nervenkranke, sozial intakte Psychopathen und Rekonvaleszenten von Psychosen unter psychiatrischen Gesichtspunkten und in Anlehnung an die Anstalt zu behandeln, ohne sie der oft gescheuten Berührung mit Geisteskranken ausetzen zu müssen.

— **Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen.** Die nächste Versammlung wird am 2. November d. Js. in Jena tagen. Vortragsthemata sind bis längstens 1. September an Geheimrat Professor Dr. Binswanger, Jena, Großh. psychiatrische Universitätsklinik, bekannt zu geben.

— **Die Hochschule für Hilfsschulpädagogik.** Das „Berliner Tageblatt" vom 31. Juli 1913 schreibt: Mit Unterstützung des preußischen Kultusministeriums und der königlichen Regierungen zu Düsseldorf, Arnsberg und Münster wird in Essen das erste deutsche heilpädagogische Seminar errichtet, dem neben einer Bibliothek und Lehrmittelsammlung ein psychologisches und heilpädagogisches Laboratorium für praktische Übungen angegliedert ist. Voraussetzung für die Teilnahme an dem zweisemestrigen Kursus ist eine zweijährige praktische Hilfsschultätigkeit.

Der Stoffplan des Seminars umfaßt nach den Mitteilungen von Georg Büttner in Worms („Zeitschrift für Schulgesundheitspflege" 1913, Nr. 7, S. 478 und 479) Hirnanatomie und Physiologie; Psychopathologie; Hygiene; Phonetik und Sprachheilkunde; Orthopädie; Blinden-, Taubstummen- und Schwerhörigenpädagogik; Hilfsschulmethodik; Verhältnis zur Normalschule und Elternhaus; Rechtsstellung, Gesetzeskunde, Jugendgericht und Heerwesen; Ursache des Schwachsinns, Geschichtliches, soziale Fürsorge; Besuche von Schulen und Anstalten. — Eine besondere Abteilung wird für Besucher aus Ärztekreisen geschaffen, deren Stundenplan u. a. umfaßt: Nerven- und Geisteskrankheiten im Kindesalter; spezielle Pathologie der jugendlichen Schwachsinnsformen und Psychopathie; Sprachleiden, Schulgesundheitspflege und überhaupt alle mit der Hilfsschule zusammenhängenden wissenschaftlichen Probleme.

Das Laboratorium umfaßt in seiner ersten Abteilung 1. Anthropologische, hirnanatomische, sinnesphysiologische Modelle und Präparate; 2. eine vollständige Ausstattung für experimentell-physiologische Psychologie; 3. eine Bibliothek der Heilpädagogik usw.; 4. eine Lehrmittelsammlung und 5. eine Ausstellung von Lehrgängen und Erzeugnissen aus dem Handfertigkeits-, Handwerks- und Arbeitsunterricht. Die zweite Abteilung enthält eine Sammlung von Fällen aus dem Leben zu Lehrzwecken (Kasuistik aus der Essener Hilfsschule, aus der Anstalt Franz-Sales-Haus usw.). In der dritten Abteilung werden praktische Übungen abgehalten, wobei die Teilnehmerzahl auf sechs beschränkt ist. Sie umfassen Übungen in der Erkennung und Bewertung der Sinnes- und Ausdrucksstörungen, Intelligenzproben, Analyse von Gemüts- und Charakterstörungen, Befundsschilderung markanter Fälle in Personalbogen, Ausarbeitung und Besprechung heilpädagogischer Themata. Die Gründung dieser „Hochschule für Hilfsschulpädagogik", wie das neue Seminar wohl am treffendsten genannt werden kann, wird hoffentlich endlich auch das deutsche Hilfsschulwesen dem amerikanischen und englischen vollwertig an die Seite stellen — wenn Staat und Stadtverwaltungen die erforderlichen Mittel nicht engherzig bemessen. . . . .

Referate.

— Montanus: Aus dem Tagebuch einer hysterischen Nonne. Frankfurt a. M. 1912. Neuer Frankfurter Verlag.

Verf. bespricht die Beschreibung des Lebensganges einer psychopathisch veranlagten, durch das Milieu und Eigenziele verfolgende Personen n mehr und mehr krankhaft mystische Empfindungen und Neigungen gedrängte Persönlichkeit. In der weiteren Entwicklung treten die psychopathischen Züge immer deutlicher hervor und steigern sich bis zu schwerer Hystero-Epilepsie mit Bewußtseinsstörungen und ekstatischen Zuständen. Ausgedehnte Kasteiungen rufen symptomenreiche visionäre Zustände hervor. Gleichwohl oder gerade deshalb gelingt es ihr, bis zur Vorsteherin eines von ihr gegründeten Klosters emporzusteigen, freilich erst nach Ersatz eines vorsichtigen, klugen durch einen weniger vorsichtigen Bischof.

Man fragt sich beim Lesen des 95 Seiten starken Bändchens, wie es möglich ist, daß noch im XX. Jahr-

hundert in einem sogen. Kulturstaate ein Buch[1]) erscheinen konnte, welches eine solche Verkennung krankhafter Seelenzustände bei gebildeten Leuten, denen die Fortschritte des Naturerkennens nicht verborgen sein kann und darf, möglich ist. Fast müßte man an eine Mystifikation glauben. Kellner-Chemnitz.

— v. Frankl-Hochwarth, Prof. Dr. L.: Die nervösen Erkrankungen der Tabakraucher. Wien und Leipzig 1912. Alfred Hölder. 87 S

Vf. gibt an der Hand einer eigenen Statistik von 800 Individuen, von denen 570 rauchten, eine umfassende Schilderung aller Störungen, die auf Tabakabusus zurückzuführen sind. Er bespricht nacheinander die zerebralen Krankheitstypen mit ihren allgemeinen und Herd- resp. Hirnnervensymptomen, die spinal-peripheren Typen und schließlich die nervösen Affektionen innerer Organe. Eines geht jedenfalls aus seinen Ausführungen hervor, daß der übermäßige Rauchgenuß zahlreichere Störungen hervorruft, als selbst von Ärzten allgemein angenommen wird, und daß Kombinationen von Tabakabusus mit Alkoholismus und Lues oder Metalues besonders geeignet sind, nervöse Erscheinungen zu zeitigen.. — Die Abhandlung sei allen internen und Nervenärzten angelegentlichst empfohlen. Albrecht-Treptow.

— J. Jadassohn, Bern: Über Pyodermien, die Infektionen der Haut mit den banalen Eitererregern. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 1912. 57 Seiten.

Vorstehender Aufsatz ist in der Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Dermatologie, Syphilidologie und der Krankheiten des Urogenitalapparates erschienen und bildet die erweiterte Ausarbeitung eines in Bern vor Schweizer Ärzten gehaltenen Vortrages. Vf. berücksichtigt die neuesten Errungenschaften der Mikroskopie und des Kulturverfahrens und gibt auch dem Praktiker ätiologisch und therapeutisch einige brauchbare Hinweise. Albrecht-Treptow.

— Kollarits-Budapest, Privatdozent Dr. Jenö: Charakter und Nervosität. Berlin 1912, Verlag von Julius Springer 243 S.

Die Anschauungen des Vf. lassen sich kurz dahin zusammenfassen, daß die Nervosität an und für sich keine Krankheit, sondern eine angeborene, chemisch-physikalische Eigenschaft des Charakters ist, sie wird erst zur Krankheit (Heredoanomalie), wenn ihr Grad die Norm überschreitet: man kann den Charakter, somit auch die Nervosität nach bestimmten, günstigen Richtungen hin beeinflussen. — Es erscheint mir fraglich, ob es zweckmäßig ist, den Begriff der Nervosität einerseits soweit nach der gesunden Seite hin auszudehnen, wie es dem Autor beliebt; wenn Vf. andrerseits auch die Neurasthenie, Hysterie, Paranoia, Manie und depressive Störungen als einzelne Formen der Nervosität auffaßt, so wird er mit dem Widerspruch in nicht wenigen psychiatrischen Kreisen zu rechnen haben. Im übrigen enthält das in Form von Vorlesungen gehaltene Buch neben Bekanntem auch mancherlei eigenartige und neue Gesichtspunkte, z. T. allerdings hypothetischer Art. Albrecht-Treptow.

[1]) Mutter Maria Dominika Klara Moes vom hl. Kreuz und ihre Klostergründung, nach authentischen Quellen bearbeitet von J. P. Barthel, Rektor. Druck der St. Paulus-Gesellschaft, Luxemburg 1908.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **München.** Für Psychiatrie hat sich habilitiert Dr. Allers.

— **Berlin.** Dem Kreisarzt a. D. Geh. Med.-Rat Dr. Leppmann wurde der Rote Adlerorden IV. Kl. verliehen.

— **Schreiberhau i. R.** Dem Sanitätsrat Dr. Kloidt, Arzt der Idiotenanstalt, wurde der Rote Adlerorden IV. Kl. verliehen.

— **Carlsfeld** bei Brehna. Dem Besitzer und Leiter der Privatirrenanstalt zu Carlsfeld, Dr. Schmidt, wurde der Charakter Sanitätsrat verliehen.

— **Obernigk.** Dr. Kurt Sprengel, bisher leit. Arzt der Privatheilanstalt Birkenhof bei Greiffenberg i. Schl., hat die früher Kleudgensche Privatheilanstalt in Obernigk erworben.

— **Hedemünden** a. d. Werra. Privatdozent Dr. F. Eichelberg in Göttingen ist als leitender Arzt an Dr. Lauensteins Sanatorium in Hedemünden eingetreten.

— **Bonn.** Oberarzt Dr. Schütte ist am 3. Mai an Karzinom im Alter von 34 Jahren gestorben.

Therapeutisches.

— **Diät bei Nervenkrankheiten.** Von Dr. med. H. Seemann, Spezialarzt für Nervenkrankheiten in Berlin. (Deutsche Medizinalzeitung, Berlin, 1911, Nr. 35.)

Die berichteten günstigen Erfolge in der Kinderpraxis sowie die guten Resultate bei Magen- und Darmleiden Erwachsener veranlaßten Verfasser, das „Kufeke" auch bei einer größeren Anzahl von Nervenkranken anzuwenden, besonders solchen, deren allgemeiner Kräftezustand darniederlag und er kam dabei zu vorzüglichen Resultaten. „Kufeke" ist ein außerordentlich leicht verdauliches Präparat, das in kürzester Zeit resorbiert und assimiliert wird, vollständig ausgenutzt wird und daher den Magen nicht mit Stoffen belastet, die für den Körper ohne Wert sind, — was besonders bei Nervenkranken von Wert ist, die auf Zufuhr jeder voluminöserer Nahrung mit Beschwerden reagieren. Verfasser behandelte drei Arten von Nervenkranken, erstens Kranke mit nervöser Dyspepsie, besonders Abneigung gegen jedwede Nahrungsaufnahme, meistens nach Rekonvaleszenz gängen und Eerzeugnissen aus dem Handfertigkeits-, von schweren Krankheiten, zweitens nervöse Schulkinder im ersten und zweiten Schuljahre mit Unlust zum Essen und besonders Widerwillen gegen Milch, drittens ältere Kranke, bei denen infolge von Somnolenz, deliranter Unruhe, geistiger Störung die reguläre Ernährung entweder sehr erschwert oder ganz abgewiesen wurde. Die konsequente Darreichung von „Kufeke" bewirkte hier eine erfreuliche Besserung des Befindens unter erheblicher Zunahme des Gewichtes. Verfasser detailliert einige Fälle: Bei einer 25 jährigen Dame in de

Rekonvaleszenz von Blinddarmentzündung mit hochgradiger funktioneller Schwäche des Magens und der Nerven wurde durch „Kufeke“ in 3 Wochen die Funktion des Magens wieder hergestellt und in 5 Wochen das Gewicht von 98 auf 102 Pfund gebracht. Bei einer 42 jährigen Frau in der Rekonvaleszenz von katarrhalischer Lungenentzündung, welche zahlreiche nervöse Symptome zeigte, dabei Milch und alle suppenartigen Speisen erbrach, war nach dreiwöchigem Gebrauch von „Kufeke“ das Erbrechen geschwunden und die nervösen Erscheinungen ließen nach. Zwei Brüder von 6 und 8 Jahren mit nervösen Störungen und Appetitlosigkeit seit dem Eintritt in die Schule nahmen „Kufeke“ mit sehr günstigem Erfolg. Eine 55 jährige Frau mit multipler Sklerose, Pneumonie und hohem Fieber, die in einem somnolenten Zustande jede Nahrung verweigerte, so daß beträchtlicher Verfall eintrat, gelang es mit „Kufeke“ über die kritische Zeit hinwegzubringen. Ebenso wurde eine 76 jährige Frau, die in leicht benommenem Zustande infolge heftiger Influenza jegliche Nahrung ablehnte, mit „Kufeke“ wieder hochgebracht.

Bei dem Gebrauch von „Kufeke“ ist es möglich, dem empfindlichen Kranken eine wohltuende Abwechslung in seine oft eintönige Krankenkost zu bringen. Die in dem „Kufeke“-Kochbuch enthaltenen Rezepte geben eine Menge von schmackhaften Speisen an und zeigen, wie man dem Kranken eine ausreichende Menge notwendiger Nährstoffe in angenehmer Form zuführen kann.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **J. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 21. 23. August. **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Die Entwicklung einer geordneten Irrenfürsorge in der Kurmark von ihrem Anfang bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts. Von Geh. San.-Rat Dr. Knecht, Neu-Ruppin. (S. 247.) — Mitteilungen (S. 253): Rasche Heilung akuter Psychosen unter Einfluß subkutaner Sauerstoffinjektionen. Natrium nucleinicum in der Behandlung der Dementia praecox. Von der n.-ö. Landesheilanstalt am Steinhof in Wien. — Referate (S. 254). — Personalnachrichten (S. 256).

Die Entwicklung einer geordneten Irrenfürsorge in der Kurmark von ihrem Anfang bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts.

Von Geh. San.-Rat Dr. **Knecht,** Neu-Ruppin.

Im letzten Viertel des 18. Jahrhunderts regte sich mit dem Aufblühen des durch den siebenjährigen Krieg entkräfteten preußischen Staates allerwärts das Interesse für eine bessere Fürsorge der Irren. Wie uns Alter in diesen Blättern kürzlich mitgeteilt hat, begann in Schlesien in den achtziger Jahren des 18. Jahrhunderts eine ärztliche Behandlung dieser Kranken; in den fränkischen Fürstentümern Ansbach und Bayreuth, die von dem letzten hohenzollerschen Fürsten 1791 an Preußen überlassen wurden, wurde in St. Georgen bei Bayreuth in diesem Jahre eine Irrenabteilung unter der Leitung des Dr. Saher eingerichtet und nach damals modernen Grundsätzen geleitet. 1785 ließ Friedrich der Große die neue Charité erbauen, um den Irren einen Aufenthalt in ländlicher Umgebung zu ermöglichen. Um diese Zeit besaß auch die Stadt Berlin ein Irrenhaus auf der Krausenstraße, an dem ein Arzt wirkte. Nach dem Zeugnis des späteren ruppiner Landrats von Ziethen kümmerte sich der Arzt, der nicht im Hause wohnte, wenig um die Kranken, die ausschließlich von den Wärtern behandelt wurden. Mitte der neunziger Jahre des 18. Jahrhunderts wurden die „Rasenden" in sogenannten Zwangskästen angekettet, bis sie ruhig geworden waren. Die Anstalt machte auf von Ziethen einen abschreckenden Eindruck. In diesen beiden Irrenhäusern wurden auch, soweit der Platz reichte, Kranke des platten Landes aufgenommen, Friedrich der Große bestimmte, daß kein Kranker ohne ärztliches Zeugnis aufgenommen werden solle.

Der überhand nehmende Bettel und die große Not der zahlreichen Invaliden veranlaßten den Geheimen Staats-Minister von Voß, für diese Leute Landarmen- und Invalidenhäuser zu errichten, und auf seinen Antrag wurde 1788 von den Ständen der Kurmark der Bau solcher Häuser in Brandenburg, Straußberg und Wittstock beschlossen und bis 1791 durchgeführt. Diesen Landarmenhäusern wurden auch die verhältnismäßig zahlreichen landarmen Irren zugeführt. Schon 1794 nötigte der Notstand des platten Landes dazu, auch ortsangehörige Irre der Landgemeinden und Gutsbezirke in die Landarmenhäuser aufzunehmen. Die mangelhafte Unterbringung der Irren reifte in dem Staatsminister von Voß den Plan, durch Erbauen eines besonderen Irrenhauses für die Kurmark, ausschließlich der Städte Berlin und Potsdam, diesen Übelständen abzuhelfen. In der Tagung des kurmärkischen Ständeausschusses von 1793 teilte von Voß diesen Plan mit, durch dessen Ausführung eine bessere Unterkunft und Verpflegung und zugleich eine ärztliche Behandlung der Irren, die zu ihrer eignen und anderer Sicherheit unter beständiger Aufsicht gehalten werden müßten, erreicht werden könne. Es wurden deshalb schon 1794 Erkundigungen eingezogen, was in den anderen Provinzen zur zweckmäßigen Unterbringung der Irren geschehen sei. Im folgenden Jahre wurde die Zahl der besonderer Aufsicht bedürftigen und sich oder anderen gefährlichen Kranken festgestellt. Nach wiederholten Zählungen, zuletzt unter Zuziehung von Ärzten wurden im ganzen 112 männliche und 110 weibliche, zusammen 222 Irre in der Kurmark, ausschließlich Berlin und Potsdam, gezählt, von denen 85 als gemeingefährlich, 135 als harmlos

und zur Verpflegung in einer Landarmenanstalt geeignet, zwei als unentschieden bezeichnet wurden. Es fanden sich darunter sieben, die in dem Landarmenhaus Straußberg angekettet waren. Im Jahre 1796 beschlossen die Stände der Kurmark[1]) für die erwähnten Arten von Irren eine besondere Anstalt zu errichten; ob bei dem Landarmenhause in Brandenburg oder als unabhängige Anstalt in Neuruppin, überließ man noch weiterer Bestimmung. Der Geheime Oberbaurat Berson wurde beauftragt, Grundrisse und Kostenanschläge zu einer Anstalt für 75 Irre anzufertigen, da angenommen wurde, daß einige dreißig Kranke der Kurmark, die sich in dem Berliner Irrenhaus befanden, dort verbleiben würden.

Ende 1797 wurde von den einzelnen Kreisen der Kurmark darüber abgestimmt, ob das Irrenhaus, dessen Errichtung die Stände der Kurmark im vorhergehenden Jahre beschlossen hatten, nach Brandenburg oder nach Neuruppin gelegt werden sollte. Diese Abstimmung gewährt lehrreiche Einblicke in die Auffassung der verschiedenen Kreistags-Mitglieder — die Abstimmung geschah durch Zirkularschreiben — über das Vorkommen von Geistesstörungen bei der Bevölkerung und in das gänzliche Absehen von den Beschlüssen des Ständetags. Mehr als eine Kreisvertretung rollt die Frage wieder auf, ob eine Irrenanstalt überhaupt nötig sei, und behandelt sie natürlich in verneinendem Sinne. Der Kreis Teltow spricht sich in einem langen Berichte aus der Feder seines Landrats dahin aus, das Landarmenhaus in Straußberg habe noch niemals die Zahl von Betten für Irre belegt, auf welche es eingerichtet sei. Es sei auch ganz unwahrscheinlich, daß die Zahl der Wahnsinnigen jemals zunehmen werde, vielmehr sei das Gegenteil zu erwarten. Deshalb sei die Erbauung eines besonderen Gebäudes für diese Leute mit großen Kosten ganz unnötig, die Räume in dem Landarmenhause in Straußberg genügten vollkommen, so würden dadurch erhebliche Ersparnisse erzielt. Es seien bereits die nötigen Offizianten angesetzt, die schlimmstenfalls mit einer Gnadenzulage zu versehen seien. Im höchsten Notfalle könne man noch einige Subjekte (als Wärter nämlich) annehmen.

Die Mehrzahl der Kreise erklärte sich indes für die Erbauung einer Irrenanstalt in Neuruppin, wozu der Umstand beitrug, daß die Staatsregierung sich bereit erklärte, im Falle die Anstalt in Neuruppin gebaut würde, 6000 Taler, einschließlich der auf die Baustelle entfallenden Brandkassengelder — die Stadt war im Sommer 1787 fast ganz abgebrannt — zu den Baukosten beizutragen. Inzwischen war festgestellt worden, daß Berlin die dort verpflegten Irren nicht dauernd behalten würde, und daß ein Haus in Neuruppin, das man als Irrenhaus in Aussicht genommen hatte, sich nicht eigne, so wurde am 24. April 1798 beschlossen, in Neuruppin eine von Grund aus neue Irrenanstalt für 100 Irre zu erbauen. Der Bau wurde noch in diesem Jahre nach den Plänen des Geh. Oberbaurats Berson begonnen und bis Ende 1800 fertiggestellt.

Es ist lehrreich, die Frage mit einigen Worten zu berühren, was den Anstoß zur Erbauung dieser Anstalt gegeben hat. Bis in das letzte Viertel des vorigen Jahrhunderts galt es als ausgemacht, daß es das Verdienst Dr. Pinels sei, den unruhigen Irren die Ketten, mit denen sie bis dahin gefesselt und an die Wand geschmiedet waren, abgenommen zu haben. Auf Grund einer Mitteilung eines Enkels Pinels nach dessen Tode (1826) wurde der 24. Mai 1798 als der Tag angesehen, an dem Pinel 49 Irren in Bicêtre[2]) die Ketten abgenommen habe. Der Vorgang ist sogar Gegenstand eines eindrucksvollen Gemäldes des Malers Tony Robert-Fleury geworden.

H. Laehr hat sich das Verdienst erworben, die Frage 1887 einer genauen Prüfung zu unterwerfen, und diese hat ergeben[3]) daß Pinel sich unzweifelhaft große Verdienste um die Behandlung der Geisteskranken in Paris erworben hat, daß aber die Forderung einer menschlichen Behandlung dieser Kranken in den achtziger und neunziger Jahren des 18. Jahrhunderts wie in Frankreich so in Deutschland, England und Italien allgemein war und an vielen Orten zur Einrichtung von Abteilungen in Krankenhäusern und Anpassung von leerstehenden Klöstern und Schlössern zur Behandlung Geisteskranker führte. Pinel selbst hat nie den Anspruch erhoben, der erste Vorkämpfer für die bessere Behandlung der Irren gewesen zu sein, er erwähnt nirgends etwas von einem Vorgang[4]),

[1]) Die Kurmark schloß damals nach Süden mit den Kreisen Beeskow-Storkow, Teltow und Brandenburg ab. Der südliche Teil der heutigen Provinz Brandenburg gehörte zum Kurfürstentum Sachsen. Dagegen rechnete die Altmark mit Stendal und Gardelegen zur Kurmark.

[2]) Es ist bemerkenswert, daß später das Irrenhaus Saplétrière als Schauplatz dieses Vorganges genannt wird, während damals dieses Irrenhaus für Frauen und Bicêtre Irrenhaus für Männer war.

[3]) Laehr, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 44, S. 294.

[4]) Sein „Traité med. philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie", Paris 1800, erschien bald nach dem erwähnten Vorgange. Es ist deutsch von Michael Wagner in Wien 1801 herausgegeben. In diesem mir

wie er ihm später zugeschrieben worden ist. Es scheint, daß der Aufschwung, den die Psychiatrie in dem ersten Drittel des vorigen Jahrhunderts wie die klinische Medizin überhaupt in Frankreich nahm, die Vorgänge in andern Ländern in den Hintergrund treten ließ, so daß die Verdienste, die sich Pinel um das französische Irrenwesen erwarb, auf die ganze zivilisierte Welt übertragen wurden. Für das Land-Irrenhaus Neuruppin steht jedenfalls fest, daß die Anregung zur Errichtung einer Irrenanstalt vom Geh. Staatsminister von Voß 1793 ausging, das war zu einer Zeit, wo Pinel noch ein selbst in Frankreich unbekannter Arzt war. Dagegen wurde die, wie schon erwähnt 1791 eröffnete Irrenanstalt St. Georgen am See in vielen Stücken vorbildlich für das Land-Irrenhaus in Neuruppin.

Das Jahr 1800 wurde der Aufstellung der Dienstanweisungen für die verschiedenen Beamten und Bediensteten gewidmet, so daß sie unter dem 29. Januar 1801 vollzogen werden konnten. Die Anstalt zählte bei ihrem Inslebentreten einen Inspektor, einen Hausarzt (Chirurgus), einen Hausvater, eine Hausmutter, eine Köchin, eine Wäscherin, vier Wärter, vier Wärterinnen, einen Pförtner, einen Nachtwächter und eine Küchenmagd. Die „General-Instruktion für das Land-Irrenhaus zu Neuruppin“ sagt in ihrem § 1: „Das zu Neuruppin erbaute Land-Irrenhaus hat die doppelte Bestimmung, daß die in diese Anstalt gebrachten Gemütskranken dort zu ihrer eignen Sicherheit und zu der des Publikums in guter Bewahrung gehalten und soweit es möglich ist von ihrer Krankheit wieder hergestellt werden sollen. Für die Unheilbaren soll es daher ein sicherer Aufbewahrungsort, für die Heilbaren eben ein eigentliches Krankenhaus sein". In § 3 heißt es: „Menschenfreundliche Behandlung dieser bedauernswerten Menschen soll dabei erster Grundsatz sein und nur Ernst, Strenge oder Zucht angewendet werden, wo die Erhaltung der Ruhe und Ordnung im Hause oder wie es zuweilen der Fall sein kann, selbst Beförderung der Kur bei einem Individuum sie notwendig machen". § 4 sagt: „Es sollen auch die schon für unheilbar erklärten Gemütskranken nicht als der Vergessenheit zu übergebende Menschen nachlässig, sondern auch diese mit möglichster Schonung des bei ihrem elenden Zustande noch übrigen Gefühls behandelt werden, was ihren Zustand ihnen erträglicher machen kann“. § 6: „Bei gewaltsamen Maßregeln gegen Rasende und Wütende darf nie mit Ketten gerasselt werden, deren Gebrauch unbedingt untersagt wird."

Von Zwangsmaßregeln wird die Anwendung des Tollstuhls und des Kastens untersagt, und nur die Verwendung von Arm-, Brust- und Fußriemen und des Zwangsbettes gestattet. — In § 8 heißt es: „Eine stete Beobachtung dessen, was die Irren nach Verschiedenheit ihrer Verirrungen vornehmen und welchen Gang dabei ihre Vorstellungen nehmen, sowie alles dessen, was sie zu heftigen Äußerungen ihres Wahnsinns reizen oder im Gegenteil bei ihren Ausbrüchen besänftigen kann, muß allen Offizianten und Domestiken, welchen die Aufsicht über sie anvertraut ist, zur Richtschnur dienen, jenes sorgsam zu vermeiden, sowie dieses mit Klugheit anzuwenden."

Der Reinlichkeit und Ordnung der Kranken und der Räume wird große Sorgfalt gewidmet. Die Kranken sollen nicht in zerrissenen Kleidern umherlaufen, und es ist den Wünschen der Kranken bezüglich der Kleidung möglichst Rechnung zu tragen. Die Wäsche ist alle Wochen zu wechseln, wenn es nicht öfter nötig wird. Bettwäsche soll alle 6 Wochen erneut werden, das Bettstroh alle 4 Monate.

Die Zimmer sollen einen Tag um den anderen, wenn die Kranken spazieren gehen, gekehrt, alle 4 Wochen gescheuert werden, Fensterputzen wird alle 6 Wochen angeordnet. In den Zimmern ist so oft nötig mit Essig zu räuchern. Bei dem Reinigen der Räume sind nach Möglichkeit die Kranken heranzuziehen. Die Zimmer sind jedes Jahr zu weißen.

---

nur zugänglich gewesenen Buche habe ich nur eine Anmerkung unter dem Text auf Seite 203 finden können, die die frühere Ankettung der Kranken erwähnt. Es heißt dort: „Solange die ausschweifendsten und wütendsten Wahnsinnigen im Irrenhause zu Bicêtre in ihren Zellen angekettet gehalten wurden, waren sie bei Tage und bei Nacht immerwährend unruhig, man hörte nichts als Geschrei, Lärm und Getös. Seitdem das Kamisol eingeführt war und die Wahnsinnigen die Erlaubnis hatten, in den Höfen umherzugehen, verrauchte ihre Aufbrausung durch immerwährende Ausbrüche bei Tage."

John Conolly in seinem Buche „Die Behandlung der Irren ohne mechan. Zwang“, deutsch von Brosius, Lahr 1860, nach dem englischen Text von 1856, sagt S. 6: „Glücklicherweise wurden gerade in dieser schrecklichen Zeit drei aufgeklärte und humane Männer zu Administratoren der Pariser Krankenhäuser ernannt: Cousin, Thouret und Cabanis, und noch traf es sich, daß alle drei Freunde von Pinel waren..... Sie ernannten ihn zum Arzt von Bicêtre, 1792 trat er in sein Amt und mit ihm traten ein, sagt sein begeisterter Lobredner Pariset, „Mitleid, Güte und Gerechtigkeit“. Jetzt wurde alles in vernünftiger und vorsichtiger Weise verändert und es begann jene Verbesserung, welche, obgleich noch unvollkommen und behindert, doch von aller Welt anerkannt wurde."

Die Kranken müssen angehalten werden, daß sie sich morgens waschen, den unbehilflichen haben die Wärter zu helfen.

Daß die Kranken alles für sie bestimmte Essen bekommen, dafür sind alle Beamten verantwortlich. Welche Kranken gemeinsam im Saale essen, bestimmt der Inspektor im Einvernehmen mit dem Arzt. Dieser ordnet an, in welchem Zimmer die Kranken untergebracht werden. Unter Rücksprache mit dem Inspektor bestimmt der Arzt, welche Kranke und womit sie beschäftigt werden. Holz- und Wassertragen, Scheuern, Holzzerkleinern, weibliche Handarbeit und beim Waschen helfen sind passende Arbeiten.

Wenn geeignete Kranke vorhanden sind, wird der Geistliche gemeinsamen Gottesdienst abhalten. Wünsche nach geistlichem Zuspruch und nach Reichung des Abendmahls sind dem Geistlichen alsbald mitzuteilen.

An Sonntagen nachmittags wird der Küster den Kranken etwas Unterhaltendes vorlesen.

Für Ordnung und Ruhe ist der Inspektor dem Spezial-Direktor verantwortlich. In allen medizinischen Fragen entscheidet der Arzt, dem der Inspektor keine Hindernisse entgegensetzen darf. Bei den Angelegenheiten, bei denen Inspektor und Arzt mitwirken müssen, haben beide sich ins Einvernehmen zu setzen. Kommt es nicht zur Einigung, ist die Sache dem Spezial-Direktor bei seinen Revisionen vorzutragen. Gegen dessen Entscheidung kann das Urteil der General-Landarmen- und Invaliden - Verpflegungs - Direktion eingeholt werden.

Der Geist, aus dem diese General - Instruktion hervorgegangen ist, stimmt durchaus mit unserer Auffassung überein. Selbst in der Betonung der Verwaltung und in der vielfachen Gleichberechtigung des Verwaltungsstandpunktes mit den ärztlichen Anschauungen sind wir bis in die neuste Zeit in manchen Gegenden Deutschlands noch auf demselben Standpunkt gewesen.

Groß ist die Sorge, daß ein Mensch in die Irrenanstalt kommen könne, der noch nicht reif für sie sei. Das königl. Reglement für das kurmärkische Land-Irrenhaus in Neuruppin vom 16. April 1802 bestimmt deshalb in § 10:

„Wir wollen daher und befehlen hiermit ausdrücklich. daß nur solche Personen in das Haus gebracht werden sollen, welche unbezweifelt für Irre zu halten sind, die deshalb ohne Gefahr für sich oder das Publikum sich nicht frei überlassen werden dürfen; oder nach dem Zustande ihrer Krankheit vermuten lassen, daß der Aufenthalt ihrer Genesung beförderlich, wenigstens nicht hinderlich sein werde." Das Reglement verlangt deshalb, daß der Antrag zur Aufnahme eines Irren von keiner Privatperson, sondern nur von der Obrigkeit selbst oder durch den Landrat des Kreises, bezw. den Steuerrat gestellt werden darf. Der Gemütszustand des Kranken muß durch zwei sachverständige Ärzte genau untersucht werden, bevor der Aufnahmeantrag gestellt werden darf.

Die Leute, welche heutzutage die Aufnahme eines Kranken in eine Irrenanstalt möglichst erschweren wollen, greifen somit noch vor den Beginn einer geordneten Irrenpflege vor 112 Jahren zurück, und die, welche Laien bei der Feststellung des Geisteszustandes beteiligt haben wollen, noch weiter, denn das damalige Reglement hielt die Untersuchung durch Ärzte für angemessen.

Eine für uns befremdliche Bestimmung, die sich in der Dienstanweisung für den Inspektor findet, und zwar unmittelbar hinter der Ermahnung zu ruhigem Verhalten gegen die Kranken und zu sorgfältigem Vermeiden aller Reizungen, ist die Gestattung körperlicher Züchtigung. Der Inspektor darf sie, allerdings nur unter Zustimmung des Arztes und in seinem und des Arztes Beisein vollziehen lassen, und der Arzt wird verpflichtet, den Kranken genau zu beobachten und bei ungünstiger Beeinflussung des Kranken sie sofort zu unterbrechen.

Man muß sich vergegenwärtigen, um diese Bestimmung zu verstehen, daß das Jahr 1800 noch unter dem Zeichen des Stockes stand. Geprügelt wurde beim Militär, beim Gesinde, sogar in der adligen Kadetten-Anstalt, wie sollte es da in der Irrenanstalt verboten sein? Das wäre nicht zu verstehen gewesen. Wir wissen ja, daß selbst in der Irrenanstalt von heute es nur der unnachsichtigen Verfolgung jeder Tätlichkeit des Pflegepersonals gelingt, sie zu verbannen. Dem Wartepersonal war es schon damals streng verboten, die Kranken zu schlagen, aber der Hausvater — entsprechend dem Oberpfleger von heute — durfte die Irren bedrohen und, um die Drohung eindringlich zu machen, einen geeigneten Gegenstand bei seinen Rundgängen bei sich führen.

Dieselbe Bestimmung findet sich in der Irrenanstalt St. Georgen bei Bayreuth, und der Hausarzt Dr. Säher rühmt in zwei Fällen unter den mitgeteilten 50 Krankengeschichten aus dem Jahre 1795 den heilsamen Erfolg dieser Behandlung.

Aus der Dienstanweisung für den Chirurgus ist bemerkenswert, daß jeder neue Kranke darauf genau zu untersuchen ist, ob er außer seiner Geisteskrankheit körperliche Fehler oder Verletzungen an sich hat. Bei weiblichen Kranken hat er darauf

zu achten, ob sie etwa in anderen Umständen sind. Wenn der Krankheitszustand nicht die augenblickliche Anwendung von Arzneimitteln nötig macht, soll der Chirurgus den Kranken die ersten 4—6 Wochen nur beobachten und dann an die General-Landarmen- und Invaliden-Verpflegungs-Direktion ausführlich berichten, ob ein Heilversuch zu machen ist. Wenn anscheinend Genesung eintritt, hat er den bisherigen Kranken noch längere Zeit zu beobachten, ob kein Rückfall eintritt, und dann zu berichten. Die Genesenden sind von den übrigen Kranken getrennt zu halten. Bei der Verteilung der Kranken hat er darauf zu sehen, daß die Wärter möglichst gleichmäßig in Anspruch genommen werden. Solche — auch genesende — Kranke, bei denen eine Beschäftigung möglich und wohltätig ist, soll er dem Inspektor dazu vorschlagen und auf den Erfolg achten. Alle Kranken soll er täglich morgens und abends besuchen und auf die Wartung achten. Über die Behandlung der Irren als solche hat er ein genaues Journal zu führen, über die körperlich kranken noch ein besonderes, welches wöchentlich an die General-Direktion einzusenden ist. Ohne Vorwissen des Inspektors darf er das Haus nicht verlassen.

Bemerkenswert sind die Gehälter und Löhne aus dem Beginn des vorigen Jahrhunderts. Es bekam der Inspektor freie Wohnung, Verpflegung, Heizung und 60 Pfd. Kerzen und noch 12 Pfd. zum Gebrauch bei nächtlichen Revisionen, sowie 250 Taler bar. Der Chirurg bezog, außer freier Wohnung, Beköstigung, Heizung und Beleuchtung, 200 Taler jährlich und 12 Tlr. für das Rasieren der männlichen Kranken. Dieses durfte er einer geeigneten anderen Person übertragen. Der Hausvater bezog, außer freier Station und 12 Pfd. Kerzen extra für nächtliche Revisionen, 50 Taler jährlich. Die Hausmutter bekam außer freier Station monatlich 2 Taler 12 Groschen. Die Wärter bezogen 24 Taler jährlich, die Wärterinnen 16 Taler und freie Verpflegung. Die Köchin bekam 18 Taler, die Waschfrau 12 Taler, die Küchen- und Waschmagd 6 Taler, die drei letzten mit freier Kleidung.

Mit der Wahrnehmung der Geschäfte eines Direktors wurde mit der Bezeichnung als „Spezial-Direktor" der Landrat des Kreises Ruppin, von Ziethen auf Wustrau — etwa eine Meile von Neuruppin entfernt — betraut.

Die Baukosten der Anstalt hatten 45 381 Taler beansprucht. Am 1. März 1801 wurde die Anstalt eröffnet und am 5. März der erste Kranke aufgenommen.

Als Chirurgus war bei der Eröffnung Zesch, als Inspektor Wöhlke angestellt.

Im ersten Jahre wurden 20 männliche und 17 weibliche Kranke aufgenommen, bis zum 1. Mai 1806 hatte der Bestand bereits 84 Kranke erreicht und jährlich durchschnittlich 25 Aufnahmen, seit 1806 wurden nur noch 4 bis 8 jährlich aufgenommen, so blieb es bis 1814, von da an stieg die Zahl rasch.[5])

Die Anstalt erweckte als erste in ihrer Art in Deutschland großes Interesse und wurde — wie der Spezial-Direktor Landrat von Ziethen mitteilt — von Behörden und Ärzten fleißig besucht.

Bemerkenswert ist ein Bericht über die neue Anstalt, der sich anscheinend auf einen Besuch der Anstalt im Sommer 1802 gründet und der ein anschauliches Bild von dem Eindruck gibt, den sie damals auf den Besucher machte. Ich lasse das Wesentliche deshalb ausführlicher folgen.[6])

„Für den Menschenfreund ist es ein trauriger Anblick, wenn er in mehreren, besonders geistlichen Staaten (mit Ausnahme einiger wenigen, unter denen Wirzburg oben an stehet) die Bemerkung macht, daß für die bedauernswürdigste Klasse seiner Brüder — für Wahnsinnige, Tolle oder Gemütskranke nach ihren verschiedenen Graden — so wenig gesorgt ist.

Noch mehr muß es ihn kränken, wenn er bestehende Anstalten, denen es nicht an Fond gebricht, durch die unnatürlichste Sparsamkeit, vulgo Geitz oder durch Nachlässigkeit und abgestumpftes Gefühl der höheren Behörden so verwahrlost sieht, daß der Eintritt eines Geisteskranken in ein solches Haus die gewisse Aussicht verspricht, daß er es nie mehr verlassen, aber bald durch Vernachlässigung und Mißhandlung in den Zustand der Raserei übergehen werde." .....

„Herausg. d. B. freut sich, nun als Gegenstück dem Publikum eine neue Anstalt beschreiben zu können, die zuerst in dem vorigen Jahre entstand und sich an die vorzüglichen Einrichtungen der Tollhäuser zu Wien, Berlin, Celle, Königsberg, Waldheim, Würzburg usw. nicht blos anschließt, sondern einige derselben sogar übertrifft.

„Das Land-Irrenhaus zu Neu-Ruppin wurde mit Genehmigung eines hohen Generaldirektoriums von den ansehnlichen Überschüssen des Fond der Landarmenhäuser zu Wittstock, Straußberg und Brandenburg in den Jahren 1797—1801 erbaut, und ist für 6 Rasende und 94 Wahnsinnige aus den zu der Unterhaltung der Landarmenhäuser kontribuirenden Kreisen der Kur- und Neumark Brandenburg eingerichtet. Es wurde den 1. Februar (richtig den 1. März) 1801 eröffnet.

---

[5]) Durch den Frieden in Tilsit 1807 waren die Teile der Kurmark, die links der Elbe lagen, an das neue Königreich Westfalen gefallen.

[6]) Vollständige und zuverlässige Beschreibung des neuerrichteten Land-Irren- oder Tollhauses zur Neuruppin im Brandenburgischen — eine der wohltätigsten Einrichtungen des gegenwärtigen Jahrhunderts. Deutsche Justiz- und Polizei-Fama Nr. 123, Mittwoch, den 20. Oktober 1802, Tübingen, Band II, Seite 375 ff.

„Das Gebäude selbst liegt im südlichen Winkel der Stadt innerhalb der Ringmauer, und ist noch besonders mit einer hohen Mauer umgeben. Der vor dem Hause befindliche, geräumige Hof schließt, außer der Wohnung des Türhüters und den erforderlichen Holz- und Torfremisen, noch ein neben dem Hauptgebäude stehendes, von einem Bürger erkauftes, kleines Haus ein, welches die Wohnung des Inspektors und des Chirurgus, so wie auch in der oberen Etage die Montirungskammer enthält. Hinter dem Hauptgebäude ist eine, von einer besonderen Mauer eingeschlossene, blos mit Pappeln bepflanzte, Promenade für die Irren, und neben derselben ein ansehnlicher Krautgarten.

„Das Hauptgebäude besteht aus dem Souterrain und 3 Stockwerken. Im Souterrain ist die Küche, die Speisekammer, das Waschhaus, die Badestube, die Leichenkammer und die Zimmer mit den Behältnissen für die Rasenden.

„Diese Behältnisse sind Abschläge von Mauerwerk, 8 Fuß lang und 6 Fuß breit, und mit einem Fenster versehen. Zwei solcher Abschläge sind in einem Zimmer. Über der Tür eines jeden ist eine Öffnung, durch welche von dem vor den beiden Abschlägen stehenden Öfen die Wärme vermittelst eiserner Röhren hineingeleitet wird. Neben dem ersten Zimmer ist eine Wärterwohnung, auf welche wieder zwei dergleichen Zimmer, jedes mit 2 gleichen Abschlägen folgen. Jedes Behältnis ist nur für einen Rasenden bestimmt, der wenn es nötig ist, auf einer starken Bettstelle, mit breiten, ledernen Riemen (die erforderlichen Falls angezogen und nachgelassen werden können) um die Brust, um die Hände und Füße festgeschnallt wird, so daß er weder sich selbst noch anderen Schaden tun kann. In der Mitte der Bettstelle und des Strohsacks, auf welchem der Rasende liegt, ist eine Öffnung, durch welche er ohne aufzustehen, die Bedürfnisse der Natur befriedigen kann, die obere Hälfte der Bettstelle ist der Lehne eines Großvaterstuhls ähnlich, die nach Erfordern vor- und rückwärtsgestellt werden kann, um den Unglücklichen nicht blos in eine liegende, sondern auch in eine sitzende Stellung bringen zu können.

„Im ersten Stockwerk ist die Expedition, Registratur und Kasse, die Wohnung des Hausvaters, der Hausmutter und der Oberwäscherin, die Vorratsstube und auch einige Zimmer für die Irren. Die mehrsten derselben sind aber im zweiten und dritten Stockwerk. Es sind ihrer zusammen 34, und sie zeichnen sich durch eiserne Gitter aus, die vor den Fenstern befindlich sind. Zwischen 2 Zimmer für die Irren ist 1 Zimmer für den Wärter oder die Wärterin. In der Mitte der Scheidewände sind kleine Fenster angebracht, durch welche die Wärter oder Wärterinnen jede Bewegung der Irren beobachten können.

„Die Anzahl der Irren auf den Zimmern ist nicht gleich, sondern richtet sich teils nach der Größe der Zimmer, teils nach der Gemütsart der Irren selbst und nach den mehr oder minder heftigen Ausbrüchen ihres Wahn- oder Tiefsinns. Welche und wieviele Irren auf einem Zimmer beisammen sein sollen, ist dem Gutachten des Chirurgus überlassen. Auf einigen sind drei, auf anderen 5—7 Personen.

„Die Wohnzimmer gehen sämtlich vorn heraus nach dem Hofe zu. Hinter denselben ist in jedem Stockwerk ein Korridor, der an beiden Enden verschlossen und zu einem Spaziergang für die Irren bestimmt ist. Für die Erleuchtung der Gänge sowohl, als der Wohnzimmer ist durch Lampen gesorgt, die in den Mittelwänden angebracht, und gegen die Angriffe der Irren durch ein durchlöchertes Eisenblech geschützt sind." . . . . .

„Jeder Unglückliche hat sein eigenes Lager, nämlich eine Bettstelle mit einem Strohsack, Laken, zwei Kopfkissen und einer wollenen Decke. Über jede Bettstelle an der Wand hängt eine schwarze Tafel, auf welcher der Name, Geburtsort und das Alter des Kranken, der Tag seines Eintritts in das Haus und die Benennung seiner besonderen Krankheit verzeichnet ist. Jeder hat seinen eigenen Schemel und alle Bewohner eines Zimmers ihren gemeinschaftlichen Tisch.

„In dem dritten Stockwerke ist noch ein geräumiger Betsaal befindlich, in welchem die beiden Diakonen bei der Stadtkirche, welche auch das Geschäft übernommen haben, durch öftere Besuche einzelner Gemütskranken, durch zweckmäßige Gespräche mit ihnen, insofern sie dafür Empfänglichkeit und Fassung haben, Belehrung und Trost zu geben und alle 14 Tage abwechselnd einen Vortrag halten." . . . . .

„Diesen wohltätigen Zwecken (nämlich Heilung oder Besserung) gemäß werden die Unglücklichen in der Anstalt mit der größten Aufmerksamkeit und Schonung behandelt, und bei denjenigen, bei welchen noch Besserung zu hoffen ist, die zweckmäßigsten Mittel angewendet werden. Das kalte Bad ist vorzüglich mit gutem Erfolge gebraucht worden. Von den in dem Hause aufgenommenen Personen haben während eines Zeitraums von 1½ Jahren, schon 3 männliche und 1 weibliche als völlig genesen entlassen werden können. Überhaupt sind seit der Eröffnung des Hauses in demselben verpflegt worden: 25 männliche, 21 weibliche, zusammen 46 Personen; davon sind hergestellt und entlassen 3 männliche und 1 weibliche, gestorben 4 männliche und 6 weibliche, zusammen 7 männliche und 7 weibliche abgegangen; mithin sind noch vorhanden: 18 männliche und 14 weibliche, zusammen 32 Personen, unter welchen gegenwärtig kein eigentlich Rasender ist.

„Mit guten, reinlichen Speisen werden die Irren reichlich versehen. Alle Mittage, bevor angerichtet wird, muß dem Inspektor die Probe überschickt werden. Des Morgens bekommen die Irren Bier- oder Habergrützsuppe nebst 1½ Pfd. Brod; des Mittags zweimal wöchentlich Fleisch, zweimal Kaldaunen und dreimal Hering, nebst Zugemüse. Von diesem erhält jeder sein zinnernes Quartmaß voll, nebst ½ Pfd. Brod. Wer kein Brod vertragen kann, bekommt Semmel. Den Männern wird täglich 1½, den Weibern 1 Quart Halbbier gereicht." —

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Rasche Heilung akuter Psychosen unter dem Einfluß subkutaner Sauerstoffinjektionen.** Unter diesem Titel berichteten Dr. Toulouse und Dr. Puillet in der Sitzung der Société médicale des Hôpitaux zu Paris am 18. Juli 1913 über eine neue Behandlung akuter Psychosen, wie wir bereits in der vorigen Nummer kurz mitteilten. Wir entnehmen dem Original des Vortrags folgende Einzelheiten: Toulouse und Puillet bedienten sich zur subkutanen Sauerstoffeinspritzung des von Martinet beschriebenen und von diesem zusammen mit Heckel bei hyposphyktischen und urämischen Kranken benützten Apparats.

Dieser Apparat besteht aus einem System zweier zur Hälfte mit Wasser gefüllter kommunizierender Flaschen mit drei Röhrchen, die mit Hähnen versehen sind, und einer Blasvorrichtung. Man füllt die Flasche, die mit dem Sauerstoffbehälter in Verbindung steht, mit Wasser, dann läßt man das Wasser in die andere Flasche gelangen, um in der ersten das Wasser durch den Sauerstoff zu ersetzen. Indem man nun Luft in die mit Wasser gefüllte Flasche einläßt, drängt man die Flüssigkeit in die erste mit Sauerstoff gefüllte Flasche zurück, und dieses Gas kann alsdann mittelst einer Kautschukspritze und einer hypodermatischen Nadel injiziert werden. Man kann die Schnelligkeit, mit der die Entleerung erfolgt, graduieren (graduer). Da die den Sauerstoff aufnehmende Flasche ein bekanntes Volumen hat, so kann man das Volumen des in die Flasche eingelassenen Sauerstoffes bestimmen. Bei seinem Durchgang durch das Wasser wird er gewaschen; bei den mehr als 100 Injektionen kam nicht die geringste septische Erscheinung vor.

Die Injektionen wurden an der Außenseite des Oberschenkels gemacht; zur Injektion von 500 ccm brauchte man 10 bis 15 Minuten. (Die Haut wurde selbstverständlich mit Äther desinfiziert.)

Die gewöhnlichen Dosen waren 120 bis 150 ccm bei der ersten Injektion, 200 bis 250 ccm bei der zweiten und 500 ccm bei den folgenden. Sobald die Dosis von 500 ccm erreicht war, wurden zuweilen die Injektionen, statt täglich, jeden zweiten Tag gegeben. Durch schrittweises Vorgehen machte man die Körperstelle fähig, steigende Mengen von Sauerstoff aufzunehmen. — Der Schmerz ist gering und verschwindet bald. Unmittelbar nach der Injektion erscheint die Haut intensiv rot, die subkutanen Venen sind sehr deutlich sichtbar. Es entwickelt sich ein subkutanes Emphysem, das sich manchmal über die ganze Außenseite des Oberschenkels erstreckt und langsam wieder schwindet, im allgemeinen in 6 bis 12 Stunden. Es empfiehlt sich, nur alle zwei Tage eine Injektion zu machen, das eine Mal am rechten, das andere Mal am linken Oberschenkel. — Es wurden nur folgende lokale Reaktionen beobachtet: Anästhesie, Neuralgien, Ödem; niemals Lymphangitis. Die allgemeinen Reaktionen von seiten der Zirkulation, Respiration und Temperatur sind nicht deutlich ausgesprochen; genauere Untersuchungen darüber und über den Urin behalten sich Toulouse und Puillet vor.

Das Gewicht der Kranken stieg an; der Appetit nahm beträchtlich und schnell zu; die Verdauung ging normal von statten. Die Patienten bekamen ein Gefühl von Ruhe, das, nach den ersten Injektionen gering, im Lauf der Behandlung zunahm. Der Schlaf war tiefer.

Was aber in die Augen fiel, war die Wirkung auf die Erregtheit und die Luzidität der erregten und verwirrten Kranken. Am Tag der Einspritzung selbst schon zeigte sich Neigung zur Ruhe und Rückkehr zur Klarheit. Am nächsten Tag zeigte sich dies noch deutlicher und innerhalb einiger Tage trat ein völliger Umschwung ein, sogar Schwinden der geistigen Störungen.

Diese rapide Wirkung bei Krankheiten mit im allgemeinen langwierigem Verlauf war so charakteristisch, daß Toulouse und Puillet die Sauerstoffwirkung für die Ursache der Umwandlung ansehen.

Toulouse und Puillet stellen weitere Mitteilungen in Aussicht.

(Nach: Bulletin de la Société des Hôpitaux de Paris.)

— **Natrium nucleinicum in der Behandlung der Dementia praecox.** Hierüber hielt Professor Dr. Julius Donath-Budapest in der Sektion XII (Psychiatrie) des Internationalen medizinischen Kongresses zu London einen Vortrag, dessen bedeutsamer Inhalt (nach einem Autoreferat) im wesentlichen folgender ist: Vortr. hat auf dem vorigen Internat. med. Kongreß zu Budapest die Resultate bekanntgegeben, welche er bei beginnender progressiver Paralyse mit subkutanen Injektionen von Natr. nucleinic. erzielt hat. Er konnte nachweisen, daß durch diese Behandlungsweise Remissionen, Besserungen und Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit in einem bedeutend größeren Prozentsatze erfolgen, als es spontan der Fall ist. Diese günstigen Ergebnisse wurden seither durch eine Reihe von Autoren (O. Fischer, Hussels, Jurmann, Tsiminakis u. A.) bestätigt. Dieselbe Vorstellung, welche ihn hierbei leitete, daß nämlich bei der progr. Paralyse toxische Stoffwechselprodukte gebildet werden, welche durch die Fieber- und Leukozytosewirkung des Natr. nucleinic. bez. die damit einhergehende gesteigerte Oxydation zerstört werden sollen, bewog ihn fast gleichzeitig (Okt. 1907), dieselbe Behandlung auch bei der Dementia praecox in Anwendung zu bringen. Denn auch hier zirkulieren höchstwahrscheinlich giftige Produkte, doch selbstverständlich anderer Herkunft und anderer Art als bei der Paralyse. Dafür sprechen die Verwirrtheitszustände bei Dementia praecox, ähnlich denen bei zweifellos toxisch-infektiösen Psychosen, der an Myxödem erinnernde Torpor, also etwas Ähnliches wie die Thyreotoxikose, ferner die von verschiedenen Forschern gefundene Leukozytose, wie sie als Reaktion auf eingedrungene Bakterien oder Toxine bekannt sind, weiters die Rolle, welche mitunter Tuberkulose und Syphilis dabei zu spielen scheinen, und endlich die Abbaufermente, welche von Fauser nach den Abderhaldenschen Methoden in Serum der Dementia-praecox-

Kranken gegen die Substanz der Keimdrüsen gefunden wurden. Zu diesen Argumenten gehören auch die Heilwirkungen, welche infolge von Typhus und eitrigen Prozessen bei Dementia praecox beobachtet wurden, ähnlich wie bei progr. Paralyse. Lépine hat mit Natr. nuclein. bei manisch-depressivem Irresein schöne Erfolge erzielt. Wenn ihm dies bei Dementia praecox nicht gelungen ist, so mag es in erster Linie — und besonders gilt dies für Itten — an den ungenügenden Mengen gelegen haben, die von ihnen einverleibt wurden. Vortr. hat durchschnittlich mehr als die $2^1/_2$ fache Gesamtmenge angewendet als letzterer Autor, auch hatte er es mit frischeren Fällen zu tun. Auch Halvar Lundvall, der durch systematische Blutzählungen die bei Erregungszuständen regelmäßig auftretenden und diese einleitenden Leukozytenanstiege festgestellt hat, erzielte jüngst mit intensiver Natr.-nuclein.-Behandlung höchst bemerkenswerte Resultate.[1]) Vortrag., der unabhängig von diesen Autoren schon im Oktober 1907 seine Versuche begonnen hat, wendet zehnprozentige Lösungen von Natr. nuclein. an, in Einzeldosen steigend von 0,5 bis 5,0 g, und verabfolgt 8 bis 12 Injektionen in fünftägigen Zwischenräumen. Die Resultate sind folgende:

Von 14 Dementia praecox-Kranken, welche mit Natr. nucleinic. behandelt wurden, wurden 3 geheilt, d. h. erlangten bei allem Anschein der Gesundheit ihre volle Leistungsfähigkeit; 5 wurden gebessert (darunter 2 wieder arbeitsfähig); bei 3 Kranken trat nach anfänglicher Besserung wieder Verschlimmerung ein; 3 blieben ungeheilt. Die Geheilten und Gebesserten betrugen also bei dem Vortragenden 57%, bei Lundvall die Geheilten und Bedeutendgebesserten 72%. Es ist also der Schluß gestattet, daß die Nukleinbehandlung bei Dementia praecox einen weit höheren Prozentsatz von Heilungen oder Besserungen aufweist als die spontan erfolgenden. Ein untätiges Verhalten ist also auch bei dieser psychischen Erkrankung nicht mehr gerechtfertigt.

— **Von der niederösterreichischen Landes-Heilanstalt Am Steinhof in Wien.** Am 20. Juli d. Js. besichtigten die auf einer europäischen Studienreise in Wien weilenden amerikanischen Ärzte die niederösterreichische Landesheil- und Pflegeanstalt Am Steinhof. Der Direktor der Anstalt, Regierungsrat Dr. Schlöß, und die Primärärzte begrüßten die Gäste im Festsaale, in dem ein aus Patienten gebildetes Orchester Stücke amerikanischer Komponisten aufführte. Nach einem kleinen Imbiß begann die Besichtigung der einzelnen Pavillons unter Führung der Primarärzte. In der Wagnerischen Kirche, deren originelle Anlage die Ärzte lebhaft interessierte, empfingen die Hausgeistlichen Mörzinger und Rolin die Fremden; in englischer Sprache wurde die Inneneinrichtung der Kirche geschildert, ferner wurden Kirchengeräte und Ornate demonstriert, welche mustergültige Beispiele der Beuroner Kunst und des modernen Wiener Kunstgewerbes bieten.

Am 26. Juli d. Js. hat der Fürsterzbischof von Wien in Gegenwart von Vertretern der Regierung und der niederösterreichischen Landesbehörden die feierliche Einweihung des monumentalen, in einer bisher ganz einzig dastehenden Plattenmosaikarbeit ausgeführten Hochaltarbildes der Anstaltskirche „Am Steinhof" vorgenommen.

Der Entwurf des Bildes stammt vom akademischen Maler Remigius Geyling, die Ausführung in Glas- und Steinmosaik erfolgte von der Mosaikwerkstätte des akademischen Malers Leopold Forstner.

Das Hochaltarbild wölbt sich in einer Ausdehnung von 84 qm im bogenförmigen Aufbau über den Baldachin des Hochaltars und zeigt als Apotheose der Erlösung den segnenden Heiland, thronend auf goldener Stiege und umgeben und angebetet von Heiligen, welche bereits die Freuden des Paradieses genießen. Diese Heiligen sind ihrer Bedeutung nach Nothelfer und Fürsprecher der Kranken und Namenspatrone einzelner Schöpfer der Anstalten.

Das Hauptbild wird durch Seitenbilder der Apostelfürsten Petrus und Paulus flankiert, und werden Haupt- und Nebenbilder durch zwei farbige Seitenfenster schräg beleuchtet.

Nach der kirchlichen Feier versammelten sich die Festgäste im Speisesaal des Gesellschaftshauses zu einem Frühstück, bei dem das Anstaltsorchester konzertierte. (Zeitschrift für Kranken- und Humanitätsanstalten.)

Referate.

— Dr. R. Thurwald-Berlin: Die Denkart als Wurzel des Totemismus. Sonderabdruck aus dem „Korrespondenz-Blatt der deutschen Gesellsch. f. Anthropologie, Ethnologie nud Urgeschichte". 1911.

Vf. führt die Erscheinungen des Totemismus bei den unzivilisierten Völkern psychologisch auf die ihrer Kulturstufe charakteristische Denkart zurück und meint. Reste solcher Denkart niederer Stufe auch noch bei uns in ungebildeten Kreisen, bei Kindern und manchen Zwangshandlungen zu entdecken.

Albrecht-Treptow.

— Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen. Herausgegeben von Prof. Dr. E. Bleuler und Prof. Dr. S. Freud, redig. von Dr. Jung. IV. Band, 2. Hälfte. Leipzig und Wien, Franz Deutike, 1912.

Herbert Silberer legt in einer Arbeit „Zur Symbolbildung" seine Anschauungen über die materiale, funktionale und somatische Kategorie der Symbolphänomene dar und bringt eine Reihe von Traumdeutungen in der üblichen Freudschen Weise.

Bleuler bringt zunächst eine kurze Notiz „Eine intellektuelle Komponente des Vaterkomplexes" bei einem 4 jährigen Mädchen. Dann bespricht er kurz „Forels Stellungnahme zur Psychoanalyse" und erklärt Forels

[1]) Cf. das Referat über Lundvalls Arbeit in dieser Wochenschrift, XV, Seite 102: „Über Blutveränderungen bei Dementia präcox nebst einem Versuche einer Art spezifischer Therapie".

Vorwürfe: 1. daß Freuds Schule die Arbeiten ihrer Vorgänger ignoriere, und 2. allerlei Hypothetisches als Fakta hinstelle als unwesentlich.

Mäder stellt in seiner Arbeit „Über die Funktion des Traumes" als die primäre Funktion des Träumens den Schutz gegen aufsteigende unbewußte Regungen („der Traum ist der Hüter des Schlafes") hin; als sekundäre Funktion bereitet nach M. der Traum durch Lösungen aktueller Konflikte die bewußte Tätigkeit des Träumens gewissermaßen als Vorübung vor, ähnlich wie im Spiel die Funktion der Vorübung und der Katharsis in die Erscheinung tritt.

Silberers weitere Arbeit „Zur Frage der Spermatozoenträume" eignet sich nicht für ein kurzes Referat.

Gaston Rosenstein weist in einer ferneren Arbeit „Eine Kritik" die „Systematik und kritische Erörterung der psychologischen Theorien Freuds und verwandter Anschauungen" von Dr. A. Kronfeld als unsachlich zurück. — Es handelt sich hier um ein schwieriges, von verschiedenen Seiten ganz verschieden beurteiltes Gebiet, über das eine Einigung so bald wohl nicht erfolgen wird. In der Schußarbeit von Silberer „Eine prinzipielle Anregung" plädiert er dafür, nicht bloß das erworbene Material in das Gesamtgebäude der psychoanalytischen Disziplin einzufügen, sondern auch dieser selbst die richtige Stellung anzuweisen, z. B. bei der Deutung von Märchen und Mythen, in ästhetischen Fragen und gegenüber der Metapsychologie.

Albrecht-Treptow.

— Montanus, Dr. Leo: Aus dem Tagebuch einer hysterischen Nonne, oder wie das Wundermädchen Klara Moes Luxemburger Bischöfe stürzte und auf den Thron brachte. Neuer Frankfurter Verlag, 1912. 95 S.

Der Titel deutet den Inhalt der vorliegenden Schrift in genügender Weise an. Vorausgesetzt die Richtigkeit der vom Vf. angezogenen Quellen ist sie ein interessanter Beitrag zur Kirchengeschichte und zur Leichtgläubigkeit klerikaler, zumal römischer Kreise gegenüber pathologischen Zuständen.

Albrecht-Treptow.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Colditz** i. Sa. Am 18. August verschied an Herzschwäche der Direktor der Landesanstalt Colditz, Obermedizinalrat Professor Dr. Paul Näcke.

— **Königslutter.** Am 1. August d. Js. ist als Assistenzarzt in den hiesigen Anstaltsdienst eingetreten der Dr. med. Bernhard Sombold, gebürtig aus Hannover, zuletzt wohnhaft in Alfeld a. d. L.

— **Kropp** (Schleswig). Dr. P. Roller ist seit 1. Juni als Chefarzt der Heil- und Wohltätigkeitsanstalten zu Kropp berufen und von der Regierung bestätigt.

— **Klosterneuburg.** Primararzt Dr. Josef Berze an der Landesheilanstalt „Steinhof" in Wien ist zum Direktor der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt in Klosterneuburg ernannt worden.

— **Gugging.** Dr. Julius von Benedek wurde zum Sekundararzt der niederösterreichischen Landesirrenanstalt ernannt.

— **Wiesloch** (Baden). Dr. Ludwig Schneider aus Wiesbaden, zuletzt praktischer Arzt in Freiburg i. Br., ist am 17. Juli als Hilfsarzt eingetreten.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **J. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

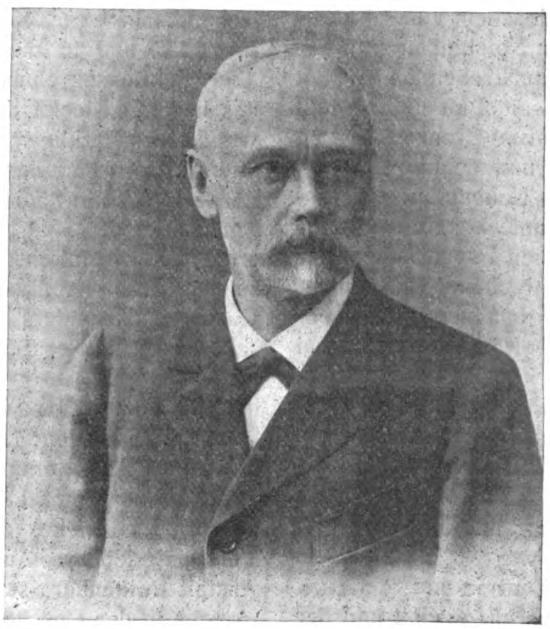
Nr. 22. 30. August. **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Theodor Tiling † (S. 257). — Die Entwicklung einer geordneten Irrenfürsorge in der Kurmark von ihrem Anfang bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts. Von Geh. San.-Rat Dr. Knecht, Neu-Ruppin. (S. 259.) — Mitteilungen (S. 265): Zur Behandlung der Paralyse. Ein Merkblatt über die Ursachen der Geisteskrankheiten. Merkblätter über die üblen Folgen übermäßigen Alkoholgenusses. Das internationale Bureau zur Bekämpfung des Alkoholismus. Jahresversammlung des Vereins abstinenter Ärzte Österreichs. Jahresversammlung abstinenter Ärzte. — Referate (S. 266). — Personalnachrichten (S. 268).

Theodor Tiling †.

Am 8./21. Juli entschlief sanft nach schwerem Leiden im 72. Lebensjahre der älteste und angesehenste Psychiater der baltischen Ostseeprovinzen, der Direktor der städtischen Irrenheil- und Pflegeanstalt Rothenberg zu Riga, Staatsrat Dr. med. Theodor Tiling, der Leiter und Führer der meisten jetzt tätigen baltischen Psychiater bei ihren ersten Schritten in der Anstaltspraxis. Er erlag einem rapid um sich greifenden metastatischen Leberkarzinom, dessen primärer Herd, ein Karzinom der linken Lungenspitze, fast kaum Symptome gemacht hatte.



Tiling, geboren am 25. Mai 1842 auf dem Pastorat Nitau in Livland, studierte in Dorpat, machte 1867 sein medizinisches Staatsexamen und trat im März 1868 als Volontärarzt in Rothenberg ein, das im Dezember 1862 von Dr. Gregor Brutzer als private Irrenheilanstalt gegründet worden war. Damit hatte Tiling sich der Psychiatrie ergeben, der er sein ganzes Leben hindurch treu geblieben ist. Im Januar 1869 promovierte er auf Grund seiner Dissertation „Beitrag zur Lehre von der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren“ zum Doktor der Medizin, rückte im November desselben Jahres in die Stellung des zweiten Arztes der Anstalt und verblieb auf diesem Posten bis zum November 1871 mit einer Unterbrechung vom Oktober 1870 bis zum Mai 1871, die er zu einer Studienreise ins Ausland benutzte, um bei den damals bekanntesten Lehrern der Psychiatrie seine Kenntnisse zu vervollkommnen. Im November 1871 siedelte er nach Petersburg über als Ordinator der staatlichen Irrenanstalt „Nikolai des Wundertäters“ und rückte in zwölfjährigem Staats-

dienst bis zum Range des Staatsrats auf. — Nach dem am 7. Juli 1883 erfolgten Tode des Direktors Brutzer wurde Tiling zu seinem Nachfolger ernannt und übernahm am 1. Januar 1884 die Leitung der Anstalt Rothenberg, die 1872 durch Kauf in den Besitz der Stände Rigas übergegangen war.

Bis zu seinem Tode, also fast volle 30 Jahre, hat Tiling die Leitung der Anstalt in seinen Händen gehabt. Es war ein mühevolles und arbeitsreiches Amt, das ihm übertragen war, aber es hat ihm auch viel Erfolg und Befriedigung gebracht, und wir überlebenden Mitarbeiter können mit Dankbarkeit und Stolz auf sein Lebenswerk zurückblicken. Als Tiling das Direktorat antrat, galt es, die Anstalt, die besonders im ersten Jahrzehnt ihres Bestehens als Privatanstalt vielfach mit schwierigen Verhältnissen zu kämpfen gehabt hatte, aus kleinen Anfängen heraus zu entwickeln und zu vergrößern, ihm war es vorbehalten, an dem äußeren und inneren Ausbau Rothenbergs mit ganzer Kraft zu arbeiten, ihm gelang es immer wieder, die städtischen Verwaltungsorgane von bestehenden Notständen zu überzeugen, wenn es der aufstrebenden Anstalt und ihren Bewohnern an Luft und Raum gebrach, wenn es in ihren Grenzen zu eng wurde; und so wuchs und dehnte sich das Anstaltsgelände, viele Neubauten entstanden, und die Anstaltsräume konnten den Anforderungen der modernen Psychiatrie angepaßt und zweckentsprechend ausgenutzt werden. Umbauten und Neueinrichtungen bestehender Häuser und Räumlichkeiten bei Veränderung ihrer Zweckbestimmung wurden ausgeführt, Garten- und Parkanlagen wurden erweitert und verschönert, Brunnen erbohrt, Wasserleitungen angelegt und elektrisches Licht installiert. — Aber nicht nur um die räumliche Ausdehnung und äußere Wohleinrichtung der Anstalt war es Tiling zu tun, sondern mit derselben Energie und Stetigkeit arbeitete er an dem inneren Ausbau und der organischen Entwicklung, damit der Betrieb der Anstalt Schritt halten konnte mit den Errungenschaften der psychiatrischen Wissenschaft und Praxis, und den sich bewährenden neueren Methoden bei Behandlung und Pflege der Kranken nach Möglichkeit Eingang gewährt wurde. — So hat Tiling in unermüdlicher Arbeit und Mühewaltung die Anstalt von Stufe zu Stufe zur Vergrößerung und weiteren Entwicklung geführt und ein neues Glied nach dem anderen dem Ganzen organisch eingefügt, so daß die Anstalt immer mehr den an sie gestellten Ansprüchen genügen konnte und bald weit über die Grenzen der Stadt und der baltischen Provinzen bis in die entlegensten Teile des großen russischen Reiches sich eines guten Rufes erfreute.

Neben dieser vielseitigen Wirksamkeit und beständigen praktischen Arbeit an und in der Anstalt machte Tiling es immer noch möglich, mit unermüdlichem Interesse und kritischem Urteil die Arbeit in der psychiatrischen Wissenschaft zu verfolgen und aus dem reichen Schatz seiner Erfahrung heraus durch wertvolle Veröffentlichungen zu bereichern. Während seiner Petersburger Zeit beschäftigten ihn anfangs anatomische Arbeiten, die ihren Niederschlag fanden in der Abhandlung „Zur Kasuistik der Kleinhirntumoren" und in mehreren Jahresberichten über Sektionsergebnisse in der Irrenanstalt des heiligen Nicolai des Wundertäters, dann wandte er sich klinischen Fragen zu und veröffentlichte „Über das Vorkommen niedriger Körpertemperatur bei Geisteskranken“, „Über den Schwindel“, „Über Dysthymie in den offenen Kuranstalten" und „Kommt Manie als selbständige Krankheit vor?" — Später waren es besonders drei Gebiete der klinischen Psychiatrie, die nacheinander sein besonderes Interesse in Anspruch nahmen und in mehrfachen Veröffentlichungen von ihm behandelt wurden: Die amnestischen Geistesstörungen (Korsakowscher Symptomenkomplex), die moral insanity und das Verhältnis der Affekte zu den Störungen des Verstandeslebens. Auch eine Geschichte der Anstalt Rothenberg stammt aus seiner Feder, manche in der Gesellschaft praktischer Ärzte zu Riga von ihm gehaltenen Vorträge sind in den Sitzungsberichten der Gesellschaft niedergelegt, und schließlich konnte Tiling in der Festschrift zur Feier des 50 jährigen Bestehens der Anstalt Rothenberg als letzte

Veröffentlichung seinem Vorgänger im Amt, dem Begründer Rothenbergs, Dr. Gregor Brutzer, ein Gedenkblatt ehrender und dankbarer Erinnerung weihen. — So verlief das Leben Tilings in strenger Pflichterfüllung und ernster Arbeit für die ihm anvertraute Anstalt und im Dienst der Wissenschaft, es brachte ihm viel Mühe und Sorge in verantwortungsvollem und aufreibendem Beruf, aber auch allseitige Anerkennung und Hochschätzung seiner unvergänglichen Verdienste in weiten Kreisen. Das zeigte sich in hellem Lichte bei seinem am 6. Januar 1909 gefeierten 25 jährigen Amtsjubiläum und seinem auf den 25. Mai 1912 fallenden siebzigsten Geburtstage. Beide Feiern brachten dem Jubilare eine Fülle von Ehrenbezeugungen und Beweisen der allgemeinen Wertschätzung in Ansprachen, Adressen, brieflichen und telegraphischen Zuschriften und Ehrengeschenken von den vorgesetzten Behörden, Ärztegesellschaften, früheren Rothenberger Assistenten und unzähligen Freunden und Kollegen. — Die größte Liebe und Dankbarkeit aber hat Tiling sich im Kreise seiner Kranken und seiner nächsten Mitarbeiter durch seine Persönlichkeit erworben. Feinsinniges Verständnis ließ ihn in die schwierigsten psychiatrischen Probleme eindringen, und wo jede psychologische Analyse zu scheitern schien, half ihm sein stark ausgeprägtes Einfühlungsvermögen, sich in den Irrwegen der kranken Seele zurechtzufinden. Mit sicherem Takt wußte er häufig ohne viele Worte auf den Kranken einzugehen, ihm Rat, Trost und Beruhigung zu bringen oder auch mit einem Scherzwort über eine kritische Situation hinwegzuhelfen. — Seines ruhigen, gleichmäßigen Wohlwollens erfreute sich ein jeder, Kranker wie Gesunder, und sein friedfertiges, jedem Streit abholdes Wesen suchte nach Ausgleich und gütlicher Schlichtung jedes aufkommenden Zwistes in seiner Umgebung. Seiner reinen Seele war alles Schlechte, Gemeine so wesensfremd, daß er es trotz seiner Menschenkenntnis bei anderen leicht nicht erkannte und übersah. Jeder Eitelkeit bar, voll ritterlichen Sinnes, ließ er jeden gelten und zu seinem Rechte kommen und trug auch schwierige Charaktere, seine eigene Person in selbstloser Weise zurückstellend, mit bewundernswerter Geduld. So wirkte er erzieherisch und veredelnd auf seine Umgebung, so wußte er einem jeden, der es irgendwie mit ihm zu tun hatte, Respekt und achtungsvolle Zuneigung einzuflößen, so erwarb er sich bei den Kranken Vertrauen und Liebe und wurde von vielen geradezu wie ein Vater verehrt, so war er seinen Ärzten, Beamten und Angestellten ein überaus wohlwollender und gerechter Chef, ein Vorbild und Muster in Arbeitstreue und Selbstzucht und ein liebenswerter Mensch.

Der Name Tilings wird für alle Zeit mit Rothenberg unauflöslich verbunden bleiben und in den baltischen Landen stets in der Zahl unserer besten Männer genannt werden.

P. v. Lieven-Rothenberg.

Die Entwicklung einer geordneten Irrenfürsorge in der Kurmark von ihrem Anfang bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts.

Von Geh. San.-Rat Dr. **Knecht**, Neu-Ruppin.

(Schluß.)

Mecklenburg und Vorpommern suchten Vereinbarungen mit Brandenburg zu treffen, um auch ihre Kranken hier unterzubringen, wurden aber, in Rücksicht auf den Platz, abgewiesen. Die Provinz Preußen und das Preußische Herzogtum Magdeburg trugen sich mit dem Plane, gleichfalls Irrenhäuser zu errichten, und der Bericht, den der Spezial-Direktor, der Landrat von Ziethen, für das Herzogtum Magdeburg unter dem 14. Mai 1806 erstattet hat, ist beachtenswert, weil er von scharfer Beobachtungsgabe und vorurteilsfreiem Urteil zeugt.[7])

[7]) Friedrich Ernst v. Ziethen wurde am 6. Okt. 1765 in Wustrau bei Neuruppin als einziger Sohn des Ge-

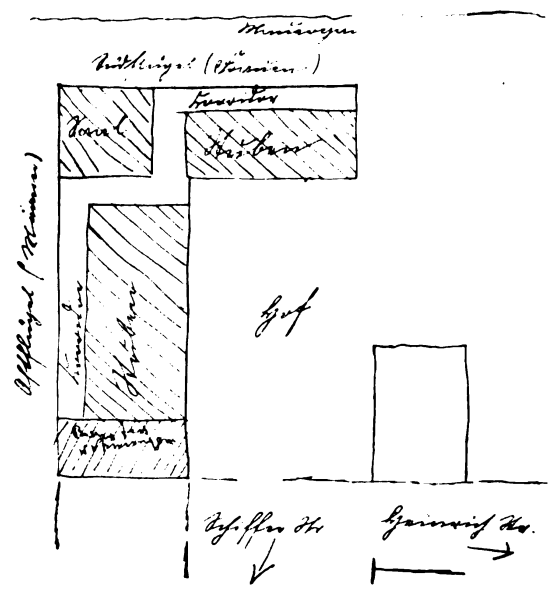
Dieser Bericht ist so kennzeichnend für die Denkart des seltenen Mannes, daß er ausführlich mitgeteilt zu werden verdient. Er sagt, bei der Errichtung der Anstalt seien folgende Gesichtspunkte maßgebend gewesen: 1. „Ein Gebäude, in dem Irre untergebracht sind, denen es nicht gestattet werden kann nach ihrem Belieben in den Garten oder Hof zu gehen, darf den Korridor nicht in der Mitte haben, so daß Stuben auf beiden Seiten liegen, da es dem Korridor wie den Stuben an Licht und frischer Luft fehlen würde." Außerdem, fügt Herr von Ziethen hinzu, sei der Korridor namentlich im Winter eine wichtige Promenade für die Kranken, wo sie umhergingen und sich miteinander unterhielten.

2. „Muß der Korridor eine ansehnliche Breite haben, damit die Kranken sich ausweichen können." Der Berichterstatter fügt hinzu, man müsse die Bewegung auf den Korridoren im Interesse der Gesundheit der Irren nach Möglichkeit befördern. In der Neuruppiner Anstalt sei er zu schmal, er müßte wenigsten 2,85 m breit sein. Man könne das an dem obersten Stockwerk sehen, wo der Korridor infolge abnehmender Dicke der Mauern 2,80 m messe.

3. „Die Stuben sollen im Sommer nicht der größten Hitze ausgesetzt sein, deshalb müssen die Korridore auf der Sonnenseite liegen." — Dieser Grundsatz, daß die Stuben kühl sein müssen, die Korridore heiß sein dürften, erscheint von Ziethen ganz unrichtig, denn die einigermaßen beweglichen Kranken eilten aus den Zimmern auf den Korridor, die schwermütigen und untätigen müßten aus den Zimmern herausgetrieben werden, und wenn dazu die Hitze beitrüge, so schade das gar nichts. Ein kühler Gang sei für die meisten Irren die größte Wohltat, die ihnen verschafft werden könne, da sie Menschen seien, denen die Freiheit genommen sei zu gehen, wohin sie möchten.

Nebenstehende Skizze des Anstaltsgrundrisses fügt von Ziethen hieran.

4. „Die Fenster müssen von denen gewöhnlicher Wohnhäuser nicht wesentlich verschieden sein." Dies sei einer der menschenfreundlichsten Grundsätze, der beim Bau der Anstalt befolgt sei. Fast jeder Baumeister, der Entwürfe zu einem Irrenhause mache, spreche von kleinen Fenstern, die oben an der Balkendecke lägen, damit die Irren nicht hinaussehen könnten. Und doch sei dies die größte Grausamkeit, die einzig und allein auf der irrigen Meinung beruhe, die man mit dem Worte „Irrer" verbinde. Man denke sich gewöhnlich dabei unbändige Personen, die kaum durch Ketten und Banden in Ordnung gehalten werden könnten, und die dem unvernünftigen Vieh so ähnlich seien, das es gleichgültig sei, wie sie gehalten würden.



wenn es nur nicht zu lebenverkürzend sei. Aus diesem Begriff entstehe auch die Meinung von ihrer Unverträglichkeit und von der Notwendigkeit, nur kleine Stuben für sie anzulegen. Man führe die Erfahrung an, daß schon zwei oder drei nicht irre Personen sich selten in einer Wohnung vertrügen, wieviel weniger würden das Wahnsinnige tun. Die sog. Irren begingen nur zum kleinsten Teile, wenn sie aus der menschlichen Gesellschaft entfernt seien, noch schädliche Handlungen. Die Verrücktheit ihrer Verstandeskräfte mache sie zwar unfähig eine Haushaltung zu führen und überhaupt ihre vormaligen Funktionen zu erfüllen, aber dem ohnerachtet blieben ihnen noch viele menschliche Gefühle übrig, ja im Gegenteil seien sie oft reger bei ihnen als bei vernünftigen Personen. Da sie alles, was sie beginnen, verkehrt machen, werden sie in der Freiheit zurückgesetzt, schließlich gemißhandelt; das bringe die vielen Exzesse hervor, welche in den Gerichtsakten zu lesen seien. Sobald sie aber aus allen diesen Verhältnissen herausgehoben und in die Irrenanstalt versetzt seien, wo sie mit niemand etwas zu teilen hätten, hörten die

nerals Joachim von Ziethen geboren. Es wird erzählt, daß ihm Friedrich der Große das Leutnantspatent in die Wiege legte. Von 1801 bis 1. Januar 1842 bekleidete er das Amt des Landrats des Ruppiner Kreises; die Stelle des Spezial-Direktors der Irrenanstalt scheint er noch länger verwaltet zu haben. An der Feier des 50 jährigen Bestehens der Anstalt nahm er wegen Kränklichkeit nicht teil. Er starb unvermählt am 29. Juni 1854.

bösen Handlungen von selbst auf. Sie verlören auch viel von dem abschreckenden Eindruck, wenn auf eine gute Kleidung gehalten würde, ja sie gäben oft Beweise von Scharfsinn, Brauchbarkeit und Teilnahme. Wahr bleibe es aber immer, daß ihr Verstand verschroben sei, und daß bei Rückkehr in ihre früheren Verhältnisse dieselben Übelstände sich ergeben würden wie vorher. Man müsse die Irren sich als Gefangene vorstellen, denen wegen schlechter Verstandeskräfte die Freiheit genommen sei, während es bei anderen Gefangenen wegen schlechten Herzens geschähe. Man müsse ihnen daher Schonung und Erleichterung in ihrer Gefangenschaft angedeihen lassen, da sie keine Strafe verdient hätten. Die große Aufgabe der Irrenhäuser sei es , die Irren zu heilen und wo dies nicht möglich, wo sie vielleicht viele Jahre da weilen müßten, ihnen den Aufenthalt so erträglich wie möglich zu machen, indem man ihn der gewöhnlichen Lebensweise so ähnlich wie möglich mache und sie soviel als möglich beschäftige.

Wolle man den Irren ihre Eingeschlossenheit, die sie nur zu sehr fühlten, dadurch noch empfindlicher machen, daß man sie verhindere, ans Fenster zu treten und die freie Natur zu suchen, und zu genießen, so sei das eine unnötige Grausamkeit. Recht viele Fenster und in der Höhe der Fensterbrüstung, wie im bürgerlichen Hause, müsse das Irrenhaus haben, das sei in Neuruppin durchgeführt.

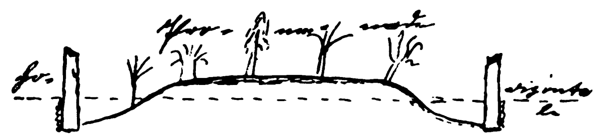
5. Die Räume für Rasende in das Souterrain zu bringen, wie es der leitende Grundsatz beim Bau des Irrenhauses in Neuruppin gewesen ist, hält von Ziethen für einen Mißgriff, aber für die Folge der mangelnden Erfahrung mit dem Verhalten der Irren. Die Räume sind feucht, gewölbt, wodurch sie niedriger und enger werden als in den oberen Stockwerken. Räume für Kranke müßten 1 bis 2 Fuß über dem äußeren Fußboden liegen, nicht darunter (die Fenster waren 90 cm im Geviert und lagen wenig höher als gewöhnliche Fenster).

Die Unterbringung des Vorratskellers in dem Souterrain tadelt er als unzweckmäßig für die Erhaltung der Kartoffeln und Gemüse. Er empfiehlt seine Anlage im Freien und schlägt vor, die unterirdische Herstellung unter Verwendung des gewonnenen Erdreichs zu einer Promenade für die nicht arbeitenden Kranken, die ihnen Aussicht über die Mauer ins Freie gewähre.

Nebenstehende Handskizze ist von von Ziethen zur Veranschaulichung seines Vorschlages entworfen. Wer dächte da nicht an den Garten für Unruhige in Mauer-Öhling oder an den des festen Hauses in Buch bei Berlin, wo dieser Gedanke 100 Jahre später verwirklicht ist!

Unruhige Kranke wurden in ihren Bewegungen gehindert durch Anlegung von Riemen; der Bericht des Hern von Ziethen führt drei Arten an, nämlich:

1. „Handschellen, durch welche beide Hände, jede einzeln übereinander — aber nicht kreuzweis — festgehalten werden. Unruhige von nicht ganz übler Beschaffenheit behalten die Hände vor sich, sie können dann noch manches anfassen. Irren übler Gattung werden sie auf dem Rücken in derselben Art befestigt."



2. „Fußriemen, welche um das eine Bein gelegt werden und dessen anderes Ende an der Bettstelle festgeschroben wird."

3. „Riemen, mit denen beide Hände und beide Füße an der Bettstelle angemacht werden, so daß der Rasende in einer liegenden Stellung gehalten wird."

Die Riemen waren nicht mit Schlössern, sondern durch Schrauben, zu denen jeder Wärter den Schlüssel hatte, befestigt. Sie hatten sich bis Mai 1806 hinlänglich widerstandsfähig erwiesen, nur in einem Falle hatte eine junge, 21 jährige Frau, die „nichts weniger als rasend" war, sie durchnagt, daß man sie auf beiden Seiten mit Blechstreifen benageln mußte. „Außerdem haben die Zwangs-Camisöler mit langen Ärmeln, durch die der Gebrauch der Hände gehemmt wird und die so lang sind, daß man sie nötigenfalls den Patienten um den Leib binden kann, gute Dienste getan."

„Strafen oder Züchtigungen haben fast gar nicht stattgefunden, obgleich ich (von Ziethen) glaube, daß, wenn sie so ausgeführt werden, wie die Instruktion vorschreibt, sie von großem Effekt sein würden. Der Herr Dr. Saher, Irrenhaus-Medicus zu St. Georgen, sagt in dem Auszug aus seinen Memorialien, daß der von Bünau, welcher zuweilen wochenlang in Tobsucht verfallen, darin nichts mehr wie ehemals vornehme, was den Wächtern nachteilig sei, und zwar wegen einiger von ihm erhaltenen Züchtigungen."

Es fällt Herrn von Ziethen auf, daß Tobsucht und Raserei ganz selten vorkommen, so daß man weder Bettstellen noch Geräte hat anschrauben müssen, ja man habe nicht einmal körperlich Kranke in die Lazarett-Stuben verlegen müssen, obwohl im Lauf der Zeit 24 gestorben seien. Er schreibt es z. T. dem phlegmatischen Charakter der Männer zu, aber in der Hauptsache führt er das

gute Betragen der Kranken auf das „sanfte, vorsorgliche" Benehmen gegen sie und „die Regelmäßigkeit und Ordnung, zu der sie gewöhnt werden", zurück.

Es ist sehr lehrreich, daß wir zu dem Bericht des Spezial-Direktors von Ziethen vom 14. Mai 1806 ein Seitenstück in einer Mitteilung des Psychiaters Dr. Langermann aus Berlin besitzen[8]), der einige Jahre hindurch Arzt an der Irrenanstalt St. Georgen bei Bayreuth als Nachfolger des bei der Planung der Irrenanstalt in Neuruppin um Auskunft ersuchten Dr. Saher gewesen war und im Auftrag der Regierung Neu-Ruppin im Oktober 1810 besuchte. Er ist einer von den Vertretern der „moralischen Behandlung" Geisteskranker, die eine Psychose geheilt zu haben glaubten, wenn sie ihren Träger durch allerlei psychische Torturen dahin gebracht hatten, seine Krankheitsäußerungen ängstlich zu verbergen. Wir erfahren von ihm, daß die Irrenanstalt in Neu-Ruppin einen zur Zeit des Berichts schon verstorbenen Arzt in Berlin gehabt hatte, in der Person des Dr. Stosch, „der sich aber nicht um sie kümmerte und selbst Anfragen des Chirurgen Zesch unbeantwortet ließ."

Nach Langermann waren jetzt ungefähr 70 Kranke im Durchschnitt in der Anstalt verpflegt. Das sämtliche Personal erhielt vom Landrat von Ziethen das Lob treuer Pflichterfüllung und dem entsprach auch die musterhafte Ordnung, die im ganzen Betrieb herrschte. Der in der Anstalt wohnende Chirurgus Zesch erwies sich als ein bescheidener, vorsichtiger, gut unterrichteter Mann von ruhigem Charakter, der seine Journale gut führte und meist ganz richtig verordnete.

Das Verhältnis der geheilten zu den ungeheilten Kranken sei nicht günstig, es lasse sich aber daraus nichts folgern, da zuviele Unheilbare aufgenommen würden. „Viele sind aber in dieser Anstalt unheilbar, weil die Behandlung die gewöhnliche und die psychische und moralische Kurmethode darin unbekannt und bei der übrigen Einrichtung nicht wohl praktikabel ist." So spricht der therapeutische Enthusiast, der Vertreter einer noch neuen Behandlungsweise, von der er eine neue Ära in der Psychiatrie erhofft. Er fährt fort: „Die Disziplin in der Anstalt ist zu milde und nachsichtig gegen die Unarten und Bosheiten mancher Narren und diese werden dabei eher schlimmer als besser, sowie denn die Besserungsfähigen dadurch beständig irritiert werden, daß Schwätzer, Zänker, Prahler etc. zu wenig in ihren Gewohnheiten und Störungen des Hauses gehindert werden. Diese Nachscht wird in der wohlgemeinten Absicht geübt, damit die Anstalt nicht in den Ruf komme, als würden die Kranken hart und grausam behandelt. Wirklich fand ich auch bei Durchlesung des in der Anstalt geführten Fremdenbuchs, daß viele Durchreisende von der falschen Humanitäts-Sekte durch ihre Urteile und durch ihr Lob der sanften Behandlung die Direktion und die Offizianten des Hauses mehr irre führen, als belehren, da sie sich fürchten und es wohl auch nicht verstehen, mit Sanftmut und Ruhe dennoch strenge Zucht zu üben. Ich habe darüber sowohl den Offizianten als auch dem Landrat von Ziethen, welcher sich um die übrigens bestehende gute Ordnung und Einrichtung der Anstalt durch seine tätige Sorgfalt große Verdienste erworben hat, die nötigen Vorstellungen gemacht und an einigen Beispielen gezeigt, wie man verstockte Narren beunruhigen und ihnen imponieren müsse, bis sie Folgsamkeit und besseren Willen zeigen. Ich glaube die Überzeugung bei ihnen bewirkt zu haben, daß eine Anstalt, in der sich die Narren selbst gefallen und zu bleiben wünschen, eben darum nicht gut sei und ihren Hauptzweck verfehle."

Es ist fesselnd, hier den Standpunkt des scharfblickenden und vorurteilsfreien Laien, der beobachtet und daraus natürliche Schlüsse zieht, neben dem durch Beobachtung kaum mehr gestützten Psychiater kennen zu lernen, der alles durch die Brille des dogmatischen Theoretikers betrachtet und sich erklärt, ein Standpunkt, unter dem die Psychiatrie in Deutschland länger als ein Menschenalter zu leiden hatte.

Der Besuch hatte auch einige nützliche, praktische Ergebnisse, indem die Wohn- und Schlafzimmer der Kranken getrennt wurden, die bis dahin nicht gesondert gewesen waren. Auch wurde ein offener Graben, der durch den Garten floß und dessen Beseitigung der Spezial-Direktor von Anfang an beantragt hatte, nunmehr unterirdisch gelegt. Erwähnenswert ist, daß der Kranke, einschließlich aller Betriebskosten, im Jahre 1807/8 auf 7 gr. 6 Pf. = 75 Pfennig, im Jahre 1808/9 auf 11 gr. 5 Pf. = 115 Pfennig und im Jahre 1809/10 auf 6 gr. 2 Pf. = 62 Pfennig täglich zu stehen kam.

Gegen Ende 1810 erkrankte der Anstalt-Chirurgus Zesch psychisch und starb 1811. An seine Stelle wurde der Dr. med. Hartmann in Neuruppin zum „zeitweiligen Anstaltsarzt" gewählt, in welcher Stellung er bis 1840, wo er mit vollem Gehalt pensioniert wurde, verblieb. Er wohnte außerhalb der Anstalt und betrieb eine ausgedehnte Privatpraxis in Stadt und Land.

Auf Veranlassung des Regierungs-Medizinalrats

[8]) Über die Irrenanstalten im allgemeinen und Neu-Ruppin im besonderen. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 44, Seite 146. Mitgeteilt von Lähr.

Dr. Augustin wurde der Anstaltsarzt nach Berlin in die Charité geschickt, um sich mit der dortigen Behandlung der Irren vertraut zu machen. Der Gewinn dieser Reise war nicht nur die Einrichtung einer schon vor 1806 beantragten Badeanstalt mit Tropf- und Duschbad, sondern auch die Anschaffung eines Drehstuhls, einer Vorrichtung zum Zwangsstehen der Kranken und eines Sackes, dessen Bedeutung mir nicht bekannt ist. Er wurde übrigens 1821 durch besondere Ministerial-Verfügung verboten. Der Zweck dieser Vorrichtungen war Beunruhigung und Bestrafung der Kranken. Sie scheinen aber bald außer Gebrauch gekommen zu sein, wenigstens wird der Drehstuhl erst 1842 wieder, die Stehvorrichtung garnicht mehr erwähnt.

Auch der Beschäftigung der Kranken wurde mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Bis dahin wurden die Kranken nur auf ihren Wunsch beschäftigt, da sich in der Anstalt nicht allzuviel Beschäftigung bot, jetzt wurden nach dem Vorbilde der Charité Sandberge aufgeführt und wieder abgetragen, ein Wagen eingeführt, in dem die Kranken einander im Garten spazieren fuhren, hölzerne Gewehre beschafft, mit denen die Kranken in einem zu diesem Zwecke errichteten Exerzierschuppen Übungen machten, endlich auch eine Kegelbahn eingerichtet.

Als der Herr von Ziethen sah, daß die Kranken sich gern zu einer Beschäftigung heranziehen ließen, wurden sie mehr und mehr zu nützlichen Arbeiten verwendet. Es wurden Werkstätten für Schuhmacher und Schneider für die Anstalt angelegt, 1824 wurde eine Grützmühle für den Bedarf der Anstalt angeschafft, alle gewerblichen Betriebe wurden ausgeführt, wenn sich geeignete Leute unter den Kranken dazu fanden. Die Frauen wurden außer den häuslichen Arbeiten mit Spinnen von Wolle, Flachs und Hanf, sowie mit Federnreißen beschäftigt. Als die Beschäftigung in der Anstalt nicht mehr für die Arbeitswilligen ausreichte, wurden ruhige männliche Kranke gegen Entrichtung eines Tagelohns an die Anstaltskasse Privatleuten in der Stadt zur Beschäftigung überwiesen. Der Ertrag dieser Maßregel war schließlich nicht unbeträchtlich, im Jahre 1841 wurden 1081 Taler 28 Groschen für die Anstalt vereinnahmt. Es war der erste Versuch mit der Familien-Pflege, nur mit dem Unterschied, daß die Pfleger für die Hilfe bezahlten, nicht dafür von der Anstalt bezahlt wurden.

Am 1. Juli 1828 war die Anstalt, die seit Ende 1810 an die königliche Regierung übergegangen war, der kurmärkischen Land-Armen-Direktion übergeben worden. Im Jahre 1833 besuchte der Psychiater Professor Damerow die Anstalt auf Veranlassung des Ministeriums. Er fand sie, was Reinlichkeit, Kleidung, Beköstigung, Haus- und Tagesordnung und Zucht der Kranken betraf, vielen Lobes wert, so daß sie in dieser Hinsicht nicht nur den besseren Irren-Versorganstalten, sondern auch den besseren Heilanstalten an die Seite gestellt werden könne. Er vermißte nur alle die Einrichtungen, welche nach den damaligen Forderungen der Wissenschaft zur Betätigung des Heilzwecks erforderlich seien. Als besonders tadelswert bezeichnet er die ungenügende Trennung der unreinlichen, störenden und unheilbaren Irren von den noch für heilbar gehaltenen, die Beschäftigung von Kranken in Privathäusern der Stadt ohne Aufsicht und ohne Belohnung, die mangelhafte Einrichtung der Badeanstalt, die vom Oberinspektor ausgehende Anordnung von kalten Bädern mit Übergießung als Strafmittel und endlich die mangelhafte medizinisch-psychische Behandlung seitens des Arztes.

Obwohl die Landarmen-Direktion sich veranlaßt sah, dem Arzte und der Inspektion eine strengere Einteilung der Kranken zur Pflicht zu machen, dem Oberinspektor die Anordnung von Bädern jeder Art zu untersagen und dem Arzte eine aufmerksamere medizinisch-psychische Behandlung der Kranken im Interesse des Heilzwecks dringend zu empfehlen, so wurde der letzten Anordnung nicht entsprochen, wie der Regierungs-Medizinalrat Dr. Augustin in einem Gutachten vom folgenden Sommer angab. Die bessere Verteilung der Kranken scheiterte namentlich an der geringen Zahl des Wartpersonals, das nach der Hausordnung möglichst gleichmäßig in Anspruch genommen werden sollte.

Als im Jahre 1840 der bisherige Oberinspektor starb und der Anstaltsarzt Dr. Hartmann infolge hohen Alters mit vollem Gehalt pensioniert wurde, wurde am 1. Juli 1841 eine Änderung der Beamten eingeführt, durch die ein Arzt als Dirigent der Inspektion und neben ihm der Wirtschaftsinspektor, der zugleich Rendant war, eingesetzt wurden. Das Verhältnis zu dem Spezial-Direktor Graf von Ziethen blieb wie bisher. Zum ärztlichen Dirigent wurde Dr. Wallis gewählt, der die Anstalt bis zu seinem Tode 1855 mit großer Hingabe leitete.

Mit dem Ablauf des Jahres 1842 schied Graf von Ziethen aus dem Landratsamte des Ruppiner Kreises aus, es scheint aber, daß er sein Amt als Spezial-Direktor der Irren-Anstalt noch beibehielt, denn bei den Akten befindet sich ein Schreiben von ihm vom 25. Dezember 1842 an den dirigierenden Arzt, das er als „sein Glaubensbekenntnis" bezeichnet und zu den Generalakten genommen zu sehen wünscht. Es spricht sich darin dieselbe menschenfreundliche und warmherzige Ge-

sinnungsart aus, wie in dem Bericht von 1806, zugleich aber die vorurteilslose, nüchterne Beobachtung, die ihn unabhängig von Schulmeinungen sich sein Urteil bilden läßt, das wir auf Grund unserer fortgeschrittenen psychiatrischen Erfahrung als meist zutreffend anerkennen müssen. Ich lasse einen Absatz wörtlich folgen:

„Wenn Ärzte kleine Privatanstalten anlegen, um 4 bis 6 Irre besonders gebildeten Geistes zu heilen, da mögen sie versuchen, wie sie auf den Geist eines jeden durch alle nur erdenklichen Mittel einwirken können."

„Können dergleichen Personen nicht in Privat-Heilanstalten untergebracht werden, müssen sie einer öffentlichen Anstalt übergeben werden, so möge man auch dort sie ähnlich, aber abgesondert, behandeln. Es ist aber doch ganz unnötig, wegen Einzelner ein solches ausgesuchtes Verfahren zu generalisieren und auf alle 150 oder mehr Unglückliche anwenden zu wollen. Was sollen bei diesen die Heilzwecke nützen?"

‚Man ändere daher nicht wegen 6 oder 8 Individuen eine ganze Anstalt um oder man richte wegen dieser kleinen Zahl nicht eine ganze Anstalt kostbar ein."

„Ganz stimme ich dafür und habe auch stets dahin gestrebt, daß die Unheilbaren genügend verpflegt und ihnen ihr Dasein erleichtert werde, und das ist wahrlich in Neuruppin geschehen. Die mehrsten genießen dort eine bessere Kost und haben eine bessere Wohnung, als sie in ihrem gesunden Zustand hatten."

„Statt der Mißhandlungen, welche in freiem Zustand das Los der Irren zu sein pflegt, werden sie nach Möglichkeit geschützt und gepflegt. . . . . . Alles was über diese Sorgfalt hinausgeht, muß vermieden werden und ist nur Modesache, welche infolge der gemachten Erfahrungen, die man sich jetzt allerorten zur Pflicht macht, gewiß wieder verschwinden werden."

Bis zum Ende des Jahres 1841, also während der ersten 40 Jahre ihres Bestehens, hatte die Anstalt aufgenommen 483 M., 361 W., als geheilt entlassen 94 M., 83 W., gebessert 7 M., 5W. Versetzt — jedenfalls in das Landarmenhaus Wittstock — 57 M., 34 W., und gestorben waren 230 M., 186 W.

Am 22. Dezember 1842 wurde eine neue Instruktion für den ärztlichen Dirigenten erlassen. Aus ihr sind folgende Bestimmungen bemerkenswert:

Unheilbare Wahnsinnige gehören in die Landarmen-Anstalt Wittstock, die Versetzung unheilbar gewordener ist dahin zu beantragen. Den Kranken sind alle Höflichkeiten zu erweisen, auf die sie nach ihrem Stande Anspruch haben. Strenge Zucht- und Zwangsmittel dürfen nur dann angewandt werden, wenn die Erhaltung von Ruhe und Ordnung im Hause es nötig machen, und wo die Kur der Kranken dies erfordert, aber nur nach Ermessen des Arztes, niemals eigenmächtig vom Wartepersonal. Die Kranken sollen nie den Eindruck bekommen, als ob sie sich in einer Zwangsanstalt oder einem Gefängnis befänden. Die Äußerungen der Kranken sind als Ausfluß ihres krankhaften Zustandes zu betrachten und zu bedauern.

Die Kranken sollen sich nach Möglichkeit, ihrer Gewohnheit entsprechend, beschäftigen; auch sollen Bewegungsspiele veranstaltet werden. Zur eigenen Sicherung eines Kranken sowie der Umgebung dürfen Zwangsmittel angewendet werden, zugleich um ihn fühlen zu lassen, daß er sich der Anstalt fügen muß, bis sein Wille gebrochen ist. Für gewöhnlich genügt die Zwangsjacke zur Beruhigung, in Fällen besonderer Heftigkeit ist der Leibgurt anzuwenden. Die Verwendung von Fußriemen hat der Arzt besonders anzuordnen. Die Zwangsmittel müssen rasch, still, ohne Wortwechsel oder heftige Gebärden und Drohungen angelegt werden, es darf dabei weder eine Mißhandlung noch Verletzung vorkommen. Die Anwendung der Zwangsmittel darf nichts Erschreckendes oder Furchterweckendes haben. Der Kranke ist unter sorgfältige Aufsicht zu stellen und bei Befriedigung seiner Bedürfnisse zu unterstützen.

Um einen Kranken, dessen Geist noch eines Eindrucks fähig ist, von Ungebührnis abzuschrekken, dient außer Sturzbädern der Drehstuhl, auf den die Kranken sogleich zu setzen und im Beisein des Arztes mäßig schnell zu drehen sind, bis der Kranke Abbitte leistet und Besserung gelobt oder bis Erbrechen erfolgt. Unter ernsten Ermahnungen des Arztes und unter Angabe des Grundes ist der Kranke nach 8 bis 15 Minuten herauszunehmen.

Der Apparat zum Zwangsstehen wird nicht mehr erwähnt, scheint also unter Herrn von Ziethen rasch in Vergessenheit gekommen zu sein, was sich vom Drehstuhl auch vermuten läßt, da er bis zu seiner neuerlichen Auffrischung nicht mehr erwähnt wird.

So sah es um die Mitte des verflossenen Jahrhunderts in einer gut geleiteten Irrenanstalt Deutschlands aus. Kein Wunder, daß in dem Bilde, das sich das Volk von einer Irrenanstalt macht, diese Eindrücke eine lange haftende Erinnerung hinterlassen haben. Hitzig sah noch Mitte der 80 er Jahre in einer großen Irrenanstalt Mitteldeutschlands in einem Saal an den Wänden mehr als ein Dutzend Kranke in der Zwangsjacke auf dem Zwangsstuhl sitzen, während Sachsenberg schon

Mitte der 60 er Jahre sämtliche Zwangsapparate beseitigt hatte. Eine so junge Wissenschaft ist noch die Psychiatrie!

Die aktenmäßigen Angaben,[9]) die diesen Mitteilungen zu Grunde liegen, geben ein anschauliches Bild von der Entwickelung der Psychiatrie in der Zeit vor einer geordneten Versorgung der Geisteskranken Ende des 18. Jahrhunderts bis zur Mitte des vorigen. Sie zeigen zugleich, wie eine gut geleitete Irrenanstalt, die in vielen Hinsichten ihrer Zeit weit voraus war wie Neuruppin, der öffentlichen Beachtung ganz entfallen konnte, weil sie sich den herrschenden Ansichten nicht gefügt hatte, sondern den vorurteilslosen Erfahrungen eines scharf beobachtenden Laien gefolgt war. Diese Zeilen mögen dem Andenken des langjährigen Spezial-Direktors der Land-Irren-Anstalt Neuruppin, von Ziethen, eine späte, aber verdiente Anerkennung bilden.

[9]) Dem Herrn Landesdirektor der Provinz Brandenburg bin ich zu großem Dank verbunden für die liebenswürdige Bereitwilligkeit, mit der mir die Akten zur Verfügung gestellt worden sind, und für manchen Wink, den er mir zur Auffindung des Materials hat zukommen lassen. Nicht minder gilt mein Dank dem Herrn Direktor San.-Rat Dr. Zinn in Eberswalde, der sich für die Förderung der Arbeit vielfach bemüht hat.

Mitteilungen.

— **Zur Behandlung der Paralyse.** In Band 53 der Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie habe ich über einen genesenen Paralytiker berichtet. Wenn auch einem solchen Falle gegenüber alle Skepsis angebracht ist, heute mehr als vor 20 Jahren, so bleibt er doch immer fraglich. Ich habe damals eine enorme Eiterung als Ursache des Ausganges angenommen. Nach den neuesten Veröffentlichungen über Spirochätenbefunde ist mir der Gedanke gekommen, daß möglicherweise etwas anderes beigetragen hat. Während der Eiterung habe ich den Kranken mit Jodoform verbunden bezw. verbinden lassen. Das Mittel war damals sehr im Gebrauch. Das verbrauchte Quantum war erheblich. Vielleicht dürften sich Versuche mit dem Mittel lohnen. Es wäre denkbar, daß das Jod, im Jodkali unwirksam, auf diese Weise einwirken könnte. Ich denke mir eine Anwendung in Pulverform nach künstlich erzeugter Eiterung auf der Haut oder unter derselben oder als Injektion

Dr. Schaefer, Oberarzt a. D.
der Irrenanstalt Friedrichsberg-Hamburg.

— **Ein Merkblatt über die Ursachen der Geisteskrankheiten** von Amts wegen durch die preußischen Provinzialverwaltungen unter der Bevölkerung verbreiten zu lassen, ist auf der letzten Landesdirektorenkonferenz angeregt worden. Die unmittelbare Veranlassung dazu haben die Klagen der Kreise über die unablässige Steigerung der Kosten für die Unterbringung armer Geisteskranker gegeben. Es sollte dadurch vor allem eine Aufklärung über die Hauptursachen der Geisteskrankheiten bewirkt werden: über die schädigenden Folgen des Alkoholgenusses für die Nachkommenschaft, über die nachteilige Beeinflussung der nicht ständig überwachten und behandelten Syphilis auf das Nervensystem und über die Verwerflichkeit der Eheschließung Geisteskranker, Schwachsinniger und Epileptischer. Eine Reihe schwerwiegender Gegengründe bewirkten, daß man die Anregung auf Verbreitung eines derartigen Merkblattes vorläufig fallen ließ. Es wurde zunächst darauf hingewiesen, daß die Furcht vor der Vererbung ohnehin schon viel weiter verbreitet sei, als sich durch die Tatsachen rechtfertigen lasse, und einen lähmenden und niederdrückenden Einfluß auf ganze Familien ausübe. Ferner könne das Merkblatt in unrichtigen Händen zu Mißdeutungen und Rücksichtslosigkeiten führen. Auch könne dadurch bei den Angehörigen mancher Geisteskranker die Scheu geweckt werden, das Vorkommen von Geisteskrankheit in der eigenen Familie bekannt werden zu lassen, und das Bestreben genährt werden, den Kranken, anstatt ihn sobald als möglich der nächsten Anstalt zuzuführen, lieber auf irgendwelche Weise unterzubringen, von der die größtmöglichste Verheimlichung des Falles erhofft wird. Und gerade die frühzeitige Erkennung des Irrsinns ist von der größten Wichtigkeit für die Behandlung, den Verlauf und den Ausgang der Geisteskrankheiten. Die Heilbarkeit und die Wahrscheinlichkeit einer dauernden Besserung nimmt mit der Dauer des Leidens stetig ab. (Germania, Berlin, 19. Aug. 1913.)

— Das preußische Kriegsministerium läßt **Merkblätter über die üblen Folgen des übermäßigen Alkoholgenusses** verteilen. Vom Herbste ab sollen solche Merkblätter an die neueingestellten Rekruten verteilt werden.

— **Das internationale Bureau zur Bekämpfung des Alkoholismus** (Vorsitzender Dr. J. Bergmann in Stockholm, Schriftführer und Bureauvorsteher Dr. R. Hercod in Lausanne, Avenue Dapples 24) versendet soeben seinen 5 Jahresbericht. Dieser berichtet über die Tätigkeit des Bureaus, die sich auf den Auskunftsdienst, der aus der ganzen Welt in Anspruch genommen wurde, den Preßdienst, die Herausgabe des Intern. Jahrbuches des Alkoholgegners, das in deutscher und französischer Sprache erschienen ist, die Mitarbeit an verschiedenen alkoholgegnerischen Veröffentlichungen, internationalen Erhebungen, die Teilnahme an Kongressen, die Anknüpfung neuer Beziehungen, endlich die Anlage einer Bibliothek erstreckt. Leider sind

die Geldquellen dieser unentbehrlich gewordenen und Vorzügliches schaffenden Einrichtung noch sehr unzureichend; nur durch Anschluß an das Schweizerische Sekretariat ist überhaupt der Bestand möglich. Nur drei Regierungen (Schweden, Norwegen, Ungarn) unterstützen das Bureau. Die Zahl der Einzelmitglieder und der beitragleistenden Vereine ist in manchen Ländern beschämend klein. Es sollten alle alkoholgegnerischen Vereinigungen das Bureau, dessen Arbeit ja auch den nationalen Organisationen zugute kommt, nach Maßgabe ihrer Mittel fördern. (Dr. Holitschers Corresp.)

— **Die Jahresversammlung des Vereins abstinenter Ärzte Österreichs** findet im Anschlusse an die diesjährige Versammlung der Naturforscher und Ärzte in Wien am 23. September 6 Uhr abends im Hörsaale des pathologisch-anatomischen Institutes (Hofrat Prof. Dr. Weichselbaum), IX. Bezirk, Allgem. Krankenhaus, statt. Herr Prof. Dr. Bleuler-Zürich, Direktor der psychiatrischen Klinik, hat einen Vortrag über „Alkohol und Neurosen" zugesagt.

— **Jahresversammlung des Vereins abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebietes E. V.** Die Jahresversammlung dieses Vereins wird diesmal in Zürich abgehalten, und zwar am 20. September. Da sie zum ersten Male auf Schweizer Boden stattfindet und überdies all jenen am Kampfe gegen den Alkoholismus teilnehmenden Ärzten aus Deutschland und Österreich, die den am 22. September beginnenden 13. Intern. Kongreß gegen den Alkoholismus in Mailand besuchen, am Wege liegt, ist auf starken Besuch zu rechnen, um so mehr als auch die Tagesordnung sehr anziehend ist. Es wird nämlich im wissenschaftlichen, allen Ärzten zugänglichen Teile der Tagung, zu der alle Kollegen Zürichs und Umgebung geladen werden, Dr. Ed. Bertholet-Lausanne über seine neuen Untersuchungen über die Wirkung des chronischen Alkoholismus auf die menschlichen Organe und besonders auf die Geschlechtsdrüsen berichten, die den Inhalt seines soeben in französischer Sprache erschienenen Werkes bilden (die deutsche Übersetzung, besorgt von Dr. Pfleiderer, erscheint im September im Mimirverlage, Stuttgart); dieser Vortrag wird von Lichtbildern und mikroskopischen Demonstrationen begleitet sein. Das zweite Referat wird Herr Privatdozent Dr. med. et phil. Th. Christen-Bern über „Ärztliche Standesinteressen und Alkoholbekämpfung" erstatten. An die Vorträge schließt sich freie Aussprache an.

Abends findet gemeinsames Abendessen der Versammlungsteilnehmer statt. Sonntags wird die Fahrt über den Gotthart nach Mailand angetreten, wobei Aufenthalt am Langensee mit Besuch der Boromaeischen Inseln genommen wird.

Anmeldungen für die Versammlung und Bequartierung in dem zu bequemer und wohlfeiler Unterkunft empfohlenen Elite-Hotel in Zürich sind zu richten an den Geschäftsführer Dr. Holitscher in Pirkenhammer bei Karlsbad oder Herrn Privatdozent Dr. Hans W. Maier in Zürich V, Burghölzli.

— Nachtrag zu der Mitteilung in Nr. 21, Seite 253: **Rasche Heilung akuter Psychosen unter dem Einfluß subkutaner Sauerstoffinjektionen.** Der von Dr. Toulouse und Dr. Puillet benutzte Apparat ist, wie ersterer mitteilt, von der Firma Fontaine, Paris, 24 rue Racine, bezogen.

Referate.

— Sello, Justizrat Dr. Erich: Die Irrtümer der Strafjustiz und ihre Ursachen. I. Band: Todesstrafe und lebenslängliches Zuchthaus in richterlichen Fehlsprüchen neuerer Zeit. Berlin 1911. R. v. Deckers Verlag G. Schenk.

Der bekannte, kürzlich verstorbene Berliner Verteidiger Sello widmete das vorliegende Werk dem Schöpfer der heutigen Kriminalistik H. Groß. Es wird dies alle, die die Bedeutung von H. Groß auf diesem Gebiet kennen, mit Freude erfüllen, denn ein würdigeres Buch konnte ihm nicht gewidmet werden.

Im ersten Band befaßt sich der Verf. mit der Todesstrafe und dem lebenslänglichen Zuchthaus in richterlichen Fehlsprüchen neuerer Zeit. „Denkt an den armen Bäckergesellen", jene Worte, die ein Abgesandter des venezianischen Senats jedesmal, wenn es sich um eine Anklage auf Tod und Leben handelte, den Richtern zurufen mußte, um heilsamen Schrecken in ihrem Gewissen wachzurufen, damit sie nicht einen Unschuldigen zum Galgen führten, ruft Sello gewissermaßen mit seinen zahlreichen Fällen von Justizirrtümern den Richtern auch unserer Zeit zu. Kein Vorwurf liegt darin, darf auch nicht darin liegen! Sello kannte und wir alle kennen vollauf die unendlichen Schwierigkeiten, die schwere Verantwortung, die das Richteramt in sich schließt, und wissen das unermüdliche Streben deutscher Richter nach Klarheit und Wahrheit zu schätzen! Was Sello bringt, ist nur ein Beweis für die alte Wahrheit: Irren ist menschlich! Es irrt der Mensch, so lang er strebt!

In der Einleitung spricht Verf. davon, den Justizirrtum zu behandeln, wie der Arzt Krankheitsfälle feststellt, ihre Symptome studiert und ihren Ursachen nachforscht, um sie heilen zu lernen. Und er hat dies, wie ein sorgsamer Arzt, mit unendlichem Fleiß, mit unendlicher Gewissenhaftigkeit durchgeführt. Er ist mühsame Pfade gegangen, hat manche verlorene Steigung überwinden müssen, bis er das Werk zu einem Ganzen sich fügen sah. Erfreulich ist es, daß sich unser Stand ihm so bereitwillig zur Verfügung stellte, ihm in seinen diagnostischen Suchen und Prüfen zu unterstützen. Sello will in seinem Werk nicht durch Suggestion wirken; jeder kann sich durch die sachlich-genauen Aktenangaben selbst ein Bild machen, ob seine, d. i. Sellos Auffassung die richtige ist. Genaue Quellenangaben gestatten weiter zu forschen. Es ist erklärlich, daß es der gewandte Verteidiger, bei seinem vielseitigen Wissen, verstanden hat, die Fälle dem Leser juristisch-

mundgerecht vorzusetzen, befreit von komplizierendem Beiwerk; bewunderungswürdig ist es aber, wie er sie psychologisch und psychiatrisch analysiert! Es sind z. T. reine Krankengeschichten, die er aus dem großen Aktenmaterial zusammengestellt hat.

Mit seinen Forschungen geht Verf. nicht über 1797 zurück; er hat also eine Anzahl Justizmorde, wie den des Jean Cales nicht berücksichtigt; weiter rückwärts wollte er auch nicht forschen, um, wie er selbst sagt, den Boden der Aktualität nicht unter den Füßen zu verlieren; seine Sammlung macht auch nicht den Anspruch auf Vollständigkeit; diese ist bei der Menge ausländischen Stoffes auch unmöglich; immerhin ist die Zahl seiner Fälle eine sehr große, weit über 150, aus Deutschland, Österreich-Ungarn, der Schweiz, England, Luxemburg Frankreich usf. Sind schon richterliche Fehlsprüche bei Verhandlungen, wo es sich um die Vernichtung von physischer und bürgerlicher Existenz handelt, so erschreckend häufig, wo doch jeder mit noch ängstlicherer Sorgfalt prüft, wägt, und nochmals wägt, ehe er richtet, wieviel mehr wird es Justizirrtümer geringerer Tragweite geben, ohne damit irgend jemand einen Vorwurf machen zu wollen und zu können; denn nochmals: Irren ist menschlich.

Aus der vorliegenden Sammlung kann auch heute noch viel gelernt werden, wo wir nicht mehr durch Martern Geständnisse erpressen Die alten zu Rechtsirrtümern führenden Fehlerquellen sind auch heute noch vorhanden und trüben das rechte Urteil.

Diese Behauptung zu beweisen, setzte sich der Verf. in dem von ihm angekündigten zweiten Band zum Ziel; er hoffte, daß die Erkennung der Quellen dieser skizzierten Irrtümer Mittel zeitige, sie zu unterdrücken; ehe er soweit kam, ging er heim. Hoffentlich bleiben aber seine diesbezüglichen Vorarbeiten nicht vergessen liegen! Mögen sie einen Vollender finden.

Heinicke-Großschweidnitz.

— Haymann, Dr. med. Hermann: Wie behandeln wir Geisteskranke? Vortrag, gehalten im Auftrage der Ortskrankenkasse Konstanz. Verlag der ärztlichen Rundschau Otto Gmelin, München, 1912.

Der Vortrag bezweckt, die unbegründete Furcht vor den Irrenanstalten zu beseitigen! Ist dies erreicht, werden die Geisteskranken eher einer zweckmäßigen Behandlung zugeführt, auch nicht vorzeitig wieder aus der Anstalt geholt.

Die Art und Weise, wie Verf. vorgeht, um bei seinen Hörern die vielfachen Vorurteile gegenüber allem, was mit der Psychiatrie zusammenhängt, zu zerstreuen, kann nur vollste Anerkennung finden. Der Vortrag muß in seiner Schlichtheit und Klarheit unbedingt überzeugend wirken und verdiente es, wenn er in Laien-Bibliotheken Aufnahme und Verbreitung fände zum Besten unserer armen Geisteskranken.

Heinicke-Großschweidnitz.

— Becker, Weilmünster, Dr. Wern. H.: Die sozial-ärztlichen Aufgaben in der Irrentherapie. Beiträge zur forensischen Medizin, herausgegeben von Dr. med. et phil. Hans Lungwitz, Berlin. Bd. I, Heft 4. Adler-Verlag, G. m. b. H. Berlin 1912.

Die vorliegende Broschüre enthält in der Hauptsache Winke für den praktischen Arzt, wie dieser im Interesse seiner geisteskranken Klientel bezw. als diesbezüglicher Sachverständiger ihm auftauchende sozialärztliche Fragen zweckdienlich löst. Verfasser behandelt dabei in Kürze derartige Aufgaben bei psychisch-abnormen Kindern; er befaßt sich mit den geistigen Störungen in der Entwicklungszeit, mit entsprechenden Streiflichtern auf eine gerade hier nötige Prophylaxe der Kriminalität usf.; er behandelt die Pflegschaft und Entmündigung, die strafrechtliche Begutachtung, die Ehescheidungsfrage bei Psychosen des reiferen Alters, sowie die sonstige Gutachtertätigkeit z. B. bei Unfallpsychosen, um schließlich auf die sozial-ärztliche Prophylaxe der Störungen im Senium einzugehen. Das Ziel, das sich Verf. gesteckt hat, ist zweifellos ein schönes, und es ist wünschenswert, daß das Büchlein von seiten der praktischen Kollegen zum Segen unserer Geisteskranken recht gelesen wird.

Bei einer Neuauflage dürfte es aber nötig sein, pag. 21 unter den Bedingungen der Ehescheidung wegen Geisteskrankheit die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft statt der ehelichen Gemeinschaft, wie es jetzt dort heißt, zu setzen.

Zum Schluß möchte Ref. noch den Vorwurf von sich weisen, den ihm Becker pag. 18 macht, daß Ref. in seinen kurzen Bemerkungen über den § 63 des Vorentwurfs zu einem Deutschen Strafgesetzbuch (Psych.-Neurolog. Wochenschrift vom 24. September 1910) geringere Blödsinnsgrade nicht zu den geistigen Erkrankungen rechne. Ein derartiger Schluß kann aus der Arbeit des Referenten auch gar nicht gezogen werden, Referent hat es dort nur abgelehnt, daß es bei der juristischerseits angenommenen Dreiteilung psychischer Störungen in a) Geisteskrankheit, b) Blödsinn, c) Bewußtlosigkeit, hinsichtlich der geringeren Grade von a und b bei strafbaren Handlungen zu einer partiellen Verantwortlichkeit komme, und diese nur den geringeren Graden von b zugestanden, an eine medizinische Dreiteilung war dabei gar nicht gedacht.

Heinicke-Großschweidnitz.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Großh. Heil- und Pflege-Anstalt bei Konstanz.** An die Großh. Bad. Heil- und Pflege-Anstalt bei Konstanz, die Anfangs Oktober d. Js. bezogen werden soll, wurden Oberarzt Dr. Johannes Klewe-Nebenius von der Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen und Anstaltsarzt Dr. Ernst Jaeger von der Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim versetzt.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 23. 6. September. **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Festrede zum fünfzigjährigen Bestehen der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bunzlau in Schlesien, gehalten von Direktor Sanitätsrat Dr. Clemens Neisser am 16. Juli 1913. (S. 269). — Ein psychiatrisches Merkblatt. Von Dir. Dr. Mercklin, Treptow a. R. (S. 273). — Mitteilungen (S. 275): Verzeichnis der Vorträge für die Sektion Psychiatrie und Neuropathologie der Vers. deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien. Internat. Verein f. med. Psychologie und Psychotherapie. Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie zu Breslau. — Referate (S. 279). — Personalnachrichten (S. 279). — Therapeutisches (S. 279).

Festrede zum fünfzigjährigen Bestehen der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bunzlau in Schlesien, gehalten von Direktor Sanitätsrat Dr. Clemens Neisser am 16. Juli 1913.

Wenn wir in diesem Jahre stolzer und großer vaterländischer Erinnerungen, die die Gedenkzeit eines ganzen Jahrhunderts umspannen, für unsere bescheidenere Anstaltsjubelfeier ein freundliches Interesse zu erbitten wagen, so gibt uns den Mut hierzu das Zusammentreffen dreier besonderer Anlässe zur Freude: das 50jährige Bestehen der Anstalt, die Vollendung der umfassenden Um- und Neubauten und damit zugleich die Errungenschaft einer eigenen Anstaltskirche. Gestatten Sie, verehrter Herr Landesrat, daß ich an Sie als den Vertreter des Herrn Landeshauptmanns den besonderen Dank dafür an die Spitze stelle, daß der Herr Landeshauptmann und der Provinzialausschuß für unseren wiederholten Antrag eingetreten sind und vom Provinzial-Landtage die Mittel erbeten haben für die Erbauung der Kapelle, deren weihevolle Inbesitznahme unsere heutige gemeinsame Feier in so schöner und erhebender Weise eingeleitet hat. Ich benütze den Anlaß, um den hochverehrten Herren Geistlichen, welche an diesem weihevollen Akte beteiligt waren, und ihren Herren Amtsgenossen aller Konfessionen für ihre gesamte, zum Teil langjährige treue Mitarbeit an dem inneren Anstaltsleben durch Gottesdienst und Seelsorge den herzlichsten und aufrichtigsten Dank auszusprechen. Ich darf mit Befriedigung feststellen, daß zwischen geistlicher und ärztlicher Arbeit an unseren Kranken niemals die leiseste Andeutung einer Unstimmigkeit zutage getreten ist. Es will uns heute fast seltsam anmuten, daß noch vor kaum einem Menschenalter Theologen einer- und andererseits Philosophen, wie beispielsweise der Nach-Hegelianer Rosenkranz in Königsberg, aus Mangel an naturwissenschaftlicher Erkenntnis die Geisteskrankheiten als eigene Forschungsdomäne in Anspruch nehmen zu müssen glaubten. Heute sind die Zeiten endgültig überwunden, wo es angezweifelt werden konnte, daß für Erkennung und Behandlung der Geisteskrankheiten ebenso wie für die der körperlichen Krankheiten die medizinische Vorbildung die einzig mögliche Grundlage bildet. Aber, meine verehrten Anwesenden, mag das Seziermesser und das Experiment, die Beobachtung und Untersuchung uns Forschungswege führen, welcher Art auch immer sie sein mögen, — für alle Zeit wird für den Nervenarzt und insbesondere für den Psychiater es das Ziel und die Aufgabe bleiben müssen, seinen Kranken nicht nur durch das technische Rüstzeug seines Fachwissens und Könnens im einzelnen zu helfen, sondern dem ganzen Menschen wohlzutun, ihn mit Nächstenliebe zu umgeben und den Bedürfnissen seines Gemütslebens gerecht zu werden, und in diesem Sinne betrachte ich die Kirche als vornehmstes Symbol unseres humanitären Anstaltszweckes und begrüße ihre Errichtung als Krönung unserer Neubauten.

Am 23. Okt. 1854 wurde der für uns denkwürdige Beschluß der Errichtung einer neuen Irren-Versorgungsanstalt gefaßt mit folgender Begründung: „In Anbetracht der Leiden und Gefahren, welche auf den Familien und Angehörigen, auf den betreffenden Kommunen lasten, in Anbetracht des unsäglichen Elends der unglücklichen Seelenkranken, so lange ihnen ein von der Mildtätigkeit der Provinzialstände gegründetes Asyl verschlossen bleibt, und der Pflicht, für die Erweiterung dieser Asyle zu sorgen, erkannte der Landtag, daß nun-

mehr ohne Aufschub zu Unternehmungen geschritten werden müsse, um die Unterbringung aller in der Provinz vorhandenen gemeingefährlichen Irren zu bewerkstelligen und bei den diesfälligen Bauten auf ein dem Wachstum der Bevölkerung in der Provinz entsprechendes Mehrbedürfnis Bedacht zu nehmen.“ Der Stand der Irrenversorgung in Schlesien war damals folgender: Für die heilbaren Kranken aus der ganzen Provinz diente das seit 1830 als Irrenanstalt eröffnete Kloster Leubus; als Pflege- und Bewahranstalten standen Brieg mit 170 und Plagwitz mit 110 Krankenplätzen zur Verfügung. Plagwitz wurde hinsichtlich seines Bauzustandes und seiner ganzen Anlage damals für so ungünstig angesehen, daß nicht nur der Vorschlag eines Ausbaues und einer Erweiterung zurückgewiesen, sondern auch beschlossen wurde, dasselbe ganz eingehen zu lassen. Es mußte also auch für die 100 dort untergebrachten Kranken neu gesorgt werden. Auf der Exspektantenliste waren nicht weniger als 182 Kranke vorgemerkt, welche zum Teil schon viele Monate der Aufnahme harrten, und den im Laufe der Zeit zu gewärtigenden Zuwachs hatte man mit 108 Plätzen angesetzt. Es war danach ein Neubau für 400 Kranke erforderlich. Es war der ausdrückliche Wunsch des Landtages, daß ein der Provinz würdiger Bau zustande kommen solle und man muß es der für die Erbauung der Anstalt erwählten ständischen Kommission zum Ruhme nachsagen, daß sie mit einer garnicht zu übertreffenden geradezu rührenden Hingabe und Fürsorge die Vorbereitungen geleitet hat. Mehr als ein halbes Dutzend dickleibiger Aktenbände geben ein Bild von dem Schriftwechsel, der für diesen Zweck fast durchweg von dem Vorsitzenden der Kommission Sr. Exzellenz dem Grafen von Burghauß persönlich erledigt werden mußte. Heute, wo fast jede große Verwaltung ihre eingearbeitete Bauabteilung hat, überhaupt bei der anderen Gesetzeslage, den gegliederten Verkehrsbeziehungen und dem ausgebildeten Unternehmertum wird es für manchen schwer sein auszudenken, welche Schwierigkeiten im einzelnen zu überwinden waren. Es wäre von hohem Interesse, dies an Beispielen darzutun, doch bleibt das besser für andere Gelegenheit aufgespart. Nachdem die Kommission sich des Beirats des Leubus'er Anstaltsdirektors, Geheimrat Martini, versichert hatte — dies wie alles nach vorher besonders eingeholter Genehmigung des Herrn Oberpräsidenten — wurden die Grundlinien des Bauplanes und der Anstaltserfordernisse festgelegt und dann mit einer ganz besonderen Vorsicht und Gründlichkeit die wichtigste Frage, die der Wahl des Ortes für die neu zu errichtende Irren-Bewahranstalt behandelt. Es wurden in den Regierungs-Amtsblättern zu Breslau und Liegnitz Bekanntmachungen erlassen und Fragebogen ausgearbeitet als Richtschnur für die Anerbietung der sich bewerbenden Städte. Die wichtigsten Fragen bezogen sich auf die gesunde Beschaffenheit des Terrains, dessen Größe auf 16 bis 30 Morgen angenommen war, die Wasserversorgung, ferner die Feststellung der örtlichen Lebensmittelpreise, insbesondere Fleisch und Brot, der Preise für Baumaterialien und Arbeitslöhne, die Abhaltung von Wochenmärkten und die Frage, ob und zu welchen Bedingungen die Anstalt und ihre Beamten und Wärter in den Kommunal-Verband Aufnahme finden würden. Von 23 nieder- und mittelschlesischen Städten und 10 Privaten (Schloßbesitzern und dergl.) gingen Anerbietungen ein. Auch aus Oberschlesien von Ratibor, kam eine dringliche Petition zur Berücksichtigung der dortigen Stadt oder doch mindestens von Oberschlesien überhaupt, der sich nach und nach noch 13 weitere oberschlesische Ortschaften anschlossen; in der Begründung wurde besonders hervorgehoben, wie schwierig der weite Transport Geisteskranker sei, der in einem gewöhnlichen Wagen mit 2 Begleitern ausgeführt werden müsse, da Eisenbahn ebenso wie die Post den Irrentransport ablehnten! Doch ward von Oberschlesien von vornherein Abstand genommen, weil Brieg für den dortigen Bezirk zur Verfügung stand. In die engere Wahl gezogen wurden Bunzlau, Neumarkt, Canth, Liegnitz, Görlitz und Sprottau. Unter den besonderen Vorzügen, welche einzelne Orte priesen, sei des kulturhistorischen Interesses halber hervorgehoben, daß Liegnitz darauf hinweisen konnte, im Besitz eines Telegraphenamtes und von fünf nach verschiedenen Richtungen gehenden Chausseen zu sein. Sprottau bot unentgeltlich 20 Morgen Land an, betonte, daß Kommunalabgaben überhaupt nicht erhoben würden und verwies auf seine reichen Schätze von Holz und seinen vorzüglichen Torf. Dies war dem Magistrat von Bunzlau bekannt geworden, der schon vorher nicht weniger als 10 geeignete Bauplätze und 3000 Taler Beisteuer zum Grunderwerb angeboten hatte und er schrieb nun von neuem, daß der Sprottauer Torf besondere Verbreitung nicht gefunden habe, dagegen der Bunzlauer im Umkreis, ohne ruhmredig zu sein, von 5 bis 6 Meilen abgesetzt werde, auch dem Görlitzer vorgezogen und sogar von der kgl. Eisenbahndirektion angekauft werde. Diese Erinnerung entbehrt gerade heute nicht einer gewissen Wehmut, da die hiesigen städtischen Körperschaften in diesem Jahre 1913 zum ersten Male sich entschließen mußten, wegen Unrentabilität den Torfstich ganz einzustellen. Vielleicht ist es von

Interesse, einiges von den Preisen zu berichten, die der Magistrat Bunzlau am 9. Dezember 1854 als ortsüblich angegeben hat: Die Schachtrute Bruchstein aus dem 1/2 Stunde von der Stadt belegenen Steinbruch kostet 2 1/3 bis höchstens 3 Tlr., das 1000 Dachziegeln 9 1/2 bis 10 Tlr., desgleichen das Mille Mauerziegeln. Der Maurer- resp. Zimmergeselle erhält pro Tag 12 1/2 Sgr. inkl. Meistergroschen, der Polier 15 Sgr., der Taglöhner 6 bis 7 Sgr. Das Tausend Torf kostet 1 Tlr. 5 Sgr., bei Abnahme von 25 000 Stück aber nur 1 Tlr. Man brennt, heißt es dort, am Ort größtenteils Holz und Torf. Die Steinkohle ist noch nicht durchweg eingeführt, es ist aber hierorts eine Steinkohlenniederlage von bedeutendem Umfange und kostet die Tonne oberschl. Kohle 1 1/2 Tlr. Inbezug auf die Lebensmittel heißt es: „Zur Zeit kostet das Pfund Schweinefleisch 3 1/2 Sgr., das Pfund Rindfleisch 2 1/2 bis 3 Sgr., das Pfd. Kalbfleisch 1 1/2 bis 2 Sgr., das Pfd. hausbackenes Brot 1 1/4 Sgr., für 6 Pfg. gibt es 6 Loth Semmeln und das Pfund Butter kostet 6 bis 7 Sgr." Und hinzugefügt wird: „Diese Preise sind aber nicht maßgebend, da wie bekannt, gegenwärtig alles teurer ist als sonst. Vor diesem Jahre stellten sich die Preise durchschnittlich über 1/3 billiger!" Hervorgehoben wird ferner, daß alle Montage hierorts Wochenmarkt gehalten wird, verbunden mit Getreide-, Garn-, Butter-, Grünzeug-, Obst-, Geflügel- und Gemüsemarkt. Interessanterweise waren die meisten Lebensmittelpreise in den verschiedenen Städten recht verschieden und z. B. in Görlitz durchweg teurer als in Bunzlau; doch gab das nicht den Ausschlag. Nach vorgenommener Ortsbesichtigung blieben noch Liegnitz und Bunzlau zur Auswahl. Die anderen Städte schienen zumeist keine genügende Gewähr für gute und ausreichende Wasserversorgung zu bieten. Nach erneuten Verhandlungen steigerte Bunzlau sein Angebot dahin, daß 30 Morgen Land, beginnend 1000 Schritt von dem letzten Hause der Gnadenberger Straße unentgeltlich und abgabefrei zur Verfügung gestellt, bezüglich der bei der Anstalt fungierenden Beamten jedweder Kategorie Aufnahme in den Kommunalverband ohne alle weiteren Nebenbedingungen zugesichert wurde und Zahlung von Kommunalsteuer nur in Höhe von 1/2 Prozent von jedem Hundert des Gehalts, wobei noch ausdrücklich zugestanden wurde: „Etwa gewährte freie Wohnung werden wir nicht in Anschlag bringen, sondern bloß das bare Gehalt". War die Stimmung der Kommission der Wahl von Bunzlau von vornherein geneigt gewesen wegen der freien gesunden Lage und aller sonstigen Vorzüge des nunmehr auch noch unentgeltlich dargebotenen Bauplatzes, namentlich aber wegen des vorzüglichen Quellwassers, das vom Drüsselberg aus in natürlichem Gefälle die Oberstadt versorgte in solcher Reichlichkeit, daß die Anstaltsversorgung daneben noch völlig sicher gestellt erschien, so wurde der letzte Zweifel beseitigt als die Aussicht sich bot, von dem Besitzer namens Vater für 3200 Tlr. noch benachbarte 47 Morgen Acker- und Forstland, in welchem die Quellen lagen, hinzuzuerwerben, auf diese Weise für die Kranken ein ausreichendes Arbeitsfeld zu gewinnen und über das Wasser selbständig zu verfügen. Das von Liegnitz angebotene Bauland entbehrte des Quellwassers, auch war dasselbe unregelmäßig gestaltet, während möglichst quadratische oder dem Quadrat angenäherte Form für den Anstaltskomplex für wünschenswert erachtet wurde. Es ist mir eine Freude hier in Erinnerung zu rufen, daß die Wahl von Bunzlau vom nächsten Provinzial-Landtage so günstig aufgenommen wurde, daß er eine ausdrückliche Erklärung annahm des Inhalts: „Obschon die Kommission bei der Auswahl des Ortes, an welchem diese Anstalt errichtet werden soll, nach der ihr erteilten Vollmacht ganz unbeschränkt ist, es demnach der Zustimmung des Landtages nicht bedarf, hat der Landtag sich doch nicht versagen können, die von der Kommission getroffene Auswahl der Stadt Bunzlau als eine sehr glückliche zu bezeichnen und die Sorgfalt und reifliche Erwägung aller Umstände zu würdigen, welche die Kommission dabei geleitet haben."

So sollte denn hier in Bunzlau die erste schlesische Irren-Versorgungsanstalt errichtet werden, die nicht ein Flickwerk, nicht lediglich eine sogen. Adaptierung irgend eines anderen Baues, eines Klosters, eines Arbeitshauses oder eines Schlosses darstellen, sondern ein einheitliches großzügiges, auf die Zweckbestimmung in seiner ganzen Anlage von vornherein Bedacht nehmendes Werk sein sollte. Nun aber begannen die großen Schwierigkeiten: Wie der Zweckbestimmung am besten gerecht werden? Wo einen Architekten finden, der Verständnis und Erfahrung genug für eine solche eigenartige Aufgabe mitbringen würde? In der Tat vergingen noch viele Monate trotz der Vermittelung des obersten Baurats im Berliner Ministerium, bis dieses nächste Ziel erreicht war. Bauinspektor Steudner, der die Anstalt Nietleben bei Halle gebaut hatte, machte die Zeichnungen. Geh. Rat Martini wurde zu Rate gezogen und am 1. März 1857 gelang es, den Kgl. Baumeister Schiller zu gewinnen und für die Ausführung der Bauten nach Steudners Plänen und weiteren fortlaufenden Anweisungen und unter Oberaufsicht des Regierungsbaumeisters zu Liegnitz vertraglich anzustellen. Als weiterer

sachverständiger Beirat wurde dann noch Geh. Regierungsrat Dr. Esse in Berlin gewonnen, eine bekannte Autorität auf dem Gebiete des Krankenhauswesens, welcher in vielen Punkten des Baues, namentlich inbezug auf die wirtschaftlichen Einrichtungen, Abänderungen traf und die Entscheidung gab.

So war man bemüht, das Beste zu leisten und sich allen nur erreichbaren Rat und Erfahrung zunutze zu machen, und nach 8 jähriger Bauzeit konnte der größere Teil der Gebäude der Bestimmung zugewiesen werden. Heute vor 50 Jahren, um die nämliche Stunde, fand die Feier statt zur Einweihung unserer Anstalt. Graf Burghauß übergab dieselbe der von den Ständen neu erwählten Kommission zur Verwaltung bezw. ihrem Vorsitzenden, dem Staatskommissar und Regierungsrat von Keudell, dem nachmaligen deutschen Botschafter in Rom, mit einer festlichen Ansprache, in welcher er sagte, daß durch die Fürsorge und Munificenz der schlesischen Provinzialstände hier ein ganz großartiges Werk vollendet sei, welches weit über die heimatlichen Gaue hinaus Zeugnis ablegen wird von der tätigen und umsichtigen Leitung derer, welchen dessen Ausführung anvertraut war.

Ja, meine verehrten Anwesenden, es war im Lichte jener Zeit gesehen, wahrlich ein großartiges Werk zu nennen, welches den wenigen Vorbildern damals in Deutschland, den seit den 40 er Jahren erstandenen Anstalten, von denen ich Illenau in Baden, Nietleben bei Halle a. S., Schwetz in Westpreußen und Owinsk bei Posen nennen will, ganz gewiß sich vergleichen durfte!

Die Anlage und der Plan, so durchdacht er war, zeichnete sich durch große Übersichtlichkeit aus. Die Gebäude, unter sich nicht verbunden, stellen gewissermaßen zusammen die Umfassungsmauer eines großen rechteckigen Hofes dar, in dessen Mittelpunkt das Wirtschaftsgebäude mit Wäscherei und Kochküche belegen ist. Völlig symmetrisch zu beiden Seiten einer ziemlich genau von Nord nach Süd gerichteten Mittelachse sind die eigentlichen Krankenhäuser angeordnet, für Männer und Frauen je 3 an der Zahl, und in der Vorderfront zwischen Männer- und Frauenhaupthaus schiebt sich das Verwaltungsgebäude der Anstalt mit dem Pförtner, welches zugleich die Wohnungen für den Direktor, den Hausverwalter, Kontrolleur, den Oberwärter und Gärtner sowie die Zimmer für die Verwaltungskommission enthielt. Seitlich quer stand ein Zellengebäude mit je 8 Zellen oder Klausen, wie der Ausdruck lautete, auf jeder Geschlechtsseite. Es waren das glattwandige, mit Ölanstrich versehene fest gebaute Räume mit asphaltiertem Estrich, hochgelegenen in eiserne Rahmen eingelassenen Fenstern von starkem Glase, mit Kippflügel zur Ventilation, der Ofen war mit der Wand verglichen, überhaupt jeder Vorsprung und jede Kante war zur Verhütung einer Selbstverletzung mit Sorgfalt vermieden. In diese Zellen wurden aus Vorsicht nicht Bettstellen gegeben, sondern die Kranken auf Matratzen oder Strohsäcken auf den Fußboden gelagert.

Die großen Hauptgebäude enthielten einen durchlaufenden hellen Korridor und nebeneinander angeordnet, sämtlich in ihn mündend, eine Anzahl von größeren und kleineren Tages- und Schlafräumen. Hier war also die Mehrzahl der Kranken wohnlich in Gemeinsamkeit untergebracht, sodaß eine mehr oder weniger große Gruppe mit einem Pfleger oder Wärter gewissermaßen eine Familie bilden sollte. Der Wärter schlief bei den Kranken, aß mit ihnen und nahm an ihren Beschäftigungen anleitend und mittätig teil, im Gegensatz zu den Aufsehern der Arbeitshäuser und Gefängnisse.

Geheimrat Martini hatte noch angeraten, daß eine gesonderte Sicherungsabteilung für verbrecherische Geisteskranke geschaffen werden sollte, drang aber damit nicht durch. Immerhin ist es interessant in Erinnerung zu rufen, wie alt diese Forderung der Psychiater ist, die bekanntlich erst im letzten Jahrzehnt unter dem Druck der öffentlichen Meinung ihre Erfüllung zu finden begonnen hat. Noch ein zweiter nachträglicher Rat von Geheimrat Martini, nämlich der, auch für die Aufnahme von Pensionären Fürsorge zu treffen, konnte leider nicht Berücksichtigung finden, weil infolge von schweren Hochwasserschäden die Provinzialverwaltung weitere Aufwendungen zu machen zur Zeit nicht in der Lage war.

Für die Beleuchtung der Anstalt war durchgehends Gas vorgesehen, das der städtischen Gasanstalt entnommen wurde. Die Latrinen waren in allen Gebäuden, mit Ausnahme des Beamtenhauses, Wasserspülklosetts, die eine damals ganz neue Einrichtung darstellten.

Die Gesamtkosten des Anstaltsbaus haben betragen 334 350 Tlr. das sind bei 400 Plätzen pro Kopf des Kranken 2507 M. Es ist interessant, daneben die Tatsache zu halten, daß die Kosten der großen neuen Schlesischen Anstalt zu Lüben — ebenfalls ohne Grunderwerbsberechnung — sich trotz der mehr als fünffachen Zahl der Gebäude und der neuzeitlichen technischen Ausgestaltung nur um 800 Mark pro Kopf höher gestellt haben.

So mühsam durchdacht und so liebevoll und generös ausgeführt aber auch das Werk war, so gab es doch sehr bald allerlei Ausstellungen und zum

Teil wohl auch wirklich empfindliche technische Fehler, über die der erste Direktor Dr. Keller in einer 1866 erschienenen Veröffentlichung Klage führt. Er beklagt, daß für die 400 Pfleglinge nur 16 Zellen angelegt seien; es hätten sich sehr bald Bedenken eingestellt, ob diese Zahl genügen könne, da man 10 Prozent Isolieräume annehme für eine Pflegeanstalt, und in der Tat wurden die in den Hauptgebäuden vorgesehenen, für Patienten besserer Stände bestimmt gewesenen kleinen Zimmer durch Drahtvergitterungen und ähnliche Umwandlungen zu Isolierräumen hergerichtet. Später — 1873 — wurde durch Ausbau des Obergeschosses die Zahl sogar auf jederseits 18 Zellen vermehrt. Man war von der Notwendigkeit der regelmäßigen Benutzung so fest überzeugt, daß die entsprechende Zahl von Bettstellen an Plagwitz, das seit 1868 wieder in Betrieb genommen, verkauft wurde. — Ferner klagt Dr. Keller über die Heizeinrichtung. Die Öfen wurden von innen und mit Torf geheizt. Was das für den Betrieb bedeutete, ergibt sich, wenn man hört, daß 185 bis 190 Öfen täglich zu besorgen waren; auch nahm der notwendige Vorrat von 7—800 000 Stück Torf, der auf einmal beschafft werden mußte, einen großen Raum ein.

Das Schlimmste war aber — der Mangel an Wasser. Es hat geradezu etwas Niederdrückendes und zeigt auf das demütigendste die Unzulänglichkeit menschlicher Voraussicht, daß gerade dieser Punkt, der im Vordergrunde des Interesses bei der Auswahl gestanden hatte, der so überaus gründlich und nach bestem Können geprüft worden war, sich im Lichte der Erfahrung dann als der übelste herausstellte. Nicht einmal der fünfte Teil des allein für die Versorgung der Spülklosetts täglich erforderlichen Wassers war zur Verfügung. Dazu kam, daß die Wasserableitung so ungünstig und die Kloaken, welche auch die atmosphärischen Wässer aufzunehmen hatten, so flach angelegt waren, daß bei jedem Regenguß die Jauche aufwärts bis in die Souterrains der Gebäude stieg.

Vielleicht im Zusammenhang damit war die traurige Tatsache zu verzeichnen, daß im Jahre 1865 eine große Epidemie von Ruhr in der Anstalt herrschte, ein unheimlicher Gast, der uns leider seine Treue bewahrt hat. Und so kam es dazu — ein wohl einzig dastehender Vorgang — daß im Jahre 1866 die Abschaffung der Wasserklosetts beantragt und vom Landtage 3617 Tlr. bewilligt werden mußten, um dieselben in d'Arcetsche Latrinen umzuwandeln.

(Fortsetzung folgt.)

Ein psychiatrisches Merkblatt.

Von Sanitätsrat Direktor Dr. **Mercklin,** Treptow a. Rega.

Von der Provinzialverwaltung von Pommern wird gegenwärtig ein Merkblatt über Geisteskrankheiten in großer Auflage in der Provinz verbreitet. Da dieser Aufklärungsversuch hier und da interessieren dürfte, gebe ich den Text des Merkblatts in nachfolgendem wieder.

Über den Wert derartiger aufklärender, prophylaktischer Versuche gehen die Anschauungen bekanntlich noch auseinander.[1]) Förderung der Forschung über die Biologie der Geisteskrankheiten zur endlichen Erlangung wirksamer therapeutischer Methoden steht gegenwärtig im Vordergrunde des psychiatrischen Interesses. Sie schließt die gleichzeitige Betätigung auf prophylaktischem Gebiet indessen nicht aus. Beide Wege müssen verfolgt werden. Wir können die Mitwirkung der Allgemeinheit zur Verminderung der Zahl der psychischen Erkrankungen nicht entbehren. Wer täglich die naiven Anschauungen von Angehörigen der Kranken über die Ursachen der Psychosen zu hören Gelegenheit hat, wer häufig davon erfährt, daß namentlich bei der Landbevölkerung die Eheschließung als therapeutisches Mittel für Geisteskranke und Epileptiker empfohlen wird, wird zur Aufklärungsarbeit immer wieder hingedrängt. Unsere populären Vorträge über psychiatrische Themata kommen nur kleineren Kreisen, meist städtischer Bevölkerung zu Gehör, die zahlreich vorhandenen, guten, zur Aufklärung bestimmten Broschüren dringen erfahrungsgemäßig ebenfalls nicht weit vor. Da erschien der Gedanke naheliegend, es einmal (wie in anderen hygienischen Fragen) mit einem Merkblatt zu versuchen, das von behördlicher Zentralstelle aus versandt, durch Ärzte, Lehrer, Prediger, Amts- und Gemeindevorsteher in der Bevölkerung zur Verteilung kommen soll. Ich habe deshalb auf der Konferenz der Anstaltsdirektoren bei dem Herrn Landeshauptmann vom 25. Oktober 1911 über diese Frage referiert und möchte, nachdem die Angelegenheit nun weiteren Fortgang genommen hat, auch an dieser

[1]) Vgl. hierzu Groß, Prophylaxe; in Aschaffenburgs Handbuch 1912, S. 56. Ferner: Auszug aus dem Verwaltungsbericht des Brandenburgischen Provinzialausschusses vom 10. Februar 1913, S. 16.

Stelle für das jener Anregung erwiesene Entgegenkommen danken. Die Konferenz der preußischen Landesdirektoren hat sich 1912 weiter ebenfalls mit der Frage beschäftigt.

Der Textentwurf des Merkblatts hat auch meinen Amtskollegen in Pommern vorgelegen. Der Schlußsatz ist auf Wunsch einer Verwaltungsbehörde hinzugefügt worden, welche besonders ungünstige Erfahrungen über verspätete Überweisung von Kranken an die Anstalt besaß. Nachdem die Angelegenheit mehrere Instanzen durchlaufen hat, geht das Merkblatt jetzt in starker Auflage hinaus.

Wird die Verteilung des Blatts einen Erfolg haben? Auf eine alsbald sich bekundende breite günstige Veränderung der jetzigen mißlichen Verhältnisse rechne ich ebensowenig wie andere. Man wird aber erwarten dürfen, daß die ausgestreute Saat doch hier und da aufgeht. Und das bleibt in dieser wichtigen Angelegenheit Grund genug, die kleinen Mittel, wie sie das Merkblatt darstellt, nicht zu vernachlässigen. Es wird auch erforderlich sein, die Aufmerksamkeit der Bevölkerung von Zeit zu Zeit wieder auf das Merkblatt hinzulenken, damit es nicht — ein Schicksal derartiger fliegender Blätter — zu schnell in Vergessenheit gerät.

Die Befürchtung, daß ein solches Merkblatt „für die große Masse eher schädlich als nützlich werden könne" (vgl. den Verwaltungsbericht 1 c.) kann ich nicht teilen, ebenso wenig wie zahlreiche andere Ärzte, mit denen ich die Angelegenheit besprochen habe. Wir befürchten keine Beunruhigung der Bevölkerung. Es kann hierbei u. A. darauf hingewiesen werden, daß die ätiologischen Beziehungen der Paralyse zur Lues — auch durch Erwähnung in der Tagespresse — in Laienkreisen bereits recht bekannt geworden sind. Beunruhigung, Rüchsichtslosigkeiten infolge dieser Aufdeckung der Wahrheit haben wir jedoch nicht feststellen können.

Gegen die Zunahme der Geisteskranken!

Merkblatt.

Die Geisteskrankheiten gehören zu den schwersten Krankheiten. Das Glück ganzer Familien kann durch sie vernichtet werden. Die Zahl jener Geisteskranken, Epileptischen (Fallsüchtigen) und Idioten (angeboren Schwach- und Blödsinnigen), welche wegen ihres Zustandes in besonderen Anstalten verpflegt werden müssen, ist in den letzten Jahrzehnten erheblich gewachsen. Dieses Anwachsen beruht nur zum Teil auf der Zunahme der Bevölkerung, mehr noch auf den in der Neuzeit veränderten sozialen Lebensbedingungen. Im Jahre 1880 befanden sich gegen 25 000 Kranke in den Irrenanstalten Preußens, Ende 1910 waren es bereits 87 000.

In unserer Provinz Pommern befanden sich vor 30 Jahren am Ende des Verwaltungsjahres 1880/81 604 Geisteskranke in den Anstalten, jetzt sind es bereits 2305, das ist beinahe viermal so viel. Hierzu kommen noch 1120 Epileptische und Idioten, welche jetzt in den Kückenmühler Anstalten bei Stettin verpflegt werden. Die Provinz hat drei große Irrenanstalten erbaut (Ückermünde, Lauenburg, Treptow a. R.). Da diese überfüllt waren, mußte soeben mit großen Kosten eine neue große Anstalt in Stralsund erbaut werden. Das Anwachsen der Ausgaben für die zu versorgenden Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen hat den Provinzialhaushalt so hoch belastet, daß eine Erhöhung der Pflegegelder in den Irrenanstalten unvermeidlich geworden ist. Auch für die gemeingefährlichen unheilbaren Kranken, welche in Pommern früher kostenlos verpflegt werden konnten, muß jetzt eine Zahlung gefordert werden.

Angesichts dieser traurigen Verhältnisse ist es geboten, alle Kräfte anzuspannen, um eine weitere Zunahme der Geisteskrankheiten zu verhüten. Dies kann nur dadurch geschehen, daß man die Ursachen der Geisteskrankheiten aufdeckt und sie dauernd bekämpft.

Unter den Ursachen der Geisteskrankheiten sind die wichtigsten:

1. die Vererbung,
2. der Alkoholismus,
3. die Syphilis.

Diese Ursachen sind der Bekämpfung durchaus zugänglich und zielbewußtem Vorgehen wird es auch auf diesem Gebiet gelingen, viel Unglück und Krankheit zu beseitigen.

1. Vererbung. Bei zahlreichen Geisteskrankheiten ist als Hauptursache der Erkrankung eine innere, vererbte Anlage anzunehmen. Nerven- und Geisteskrankheit bei den Eltern (oder bei einem der Erzeuger) kann bei den Kindern körperliche und geistige Schwächlichkeit und Anfälligkeit bewirken, aus welcher sich oft selbst ohne besondere äußere Ereignisse weiter Geisteskrankheit entwickelt. Ohne allzu große Beschränkung der persönlichen Freiheit sind einige Forderungen leicht einzuhalten. Epileptiker mit häufigen Krampfanfälllen, offenkundig Schwachsinnige, unzweifelhaft Geisteskranke dürfen nicht heiraten, da die Gefahr, daß sie eine kranke Nachkommenschaft haben werden, eine zu große ist. Leider hält man vielfach, namentlich auf dem Lande, die Heirat für solche Kranke, seien es nun Männer oder Frauen, noch für ein Heilmittel! Das ist ein grober Irrtum, der den Kranken nie Hilfe, sondern außerdem noch eine Zunahme der Geistesschwachen, Krampfkranken und Geistesgestörten gebracht hat. Leichter geistig erkrankte Frauen verfallen in der Schwangerschaft und im Wochenbett leicht in die schwersten Formen der Geistesstörung.

2. Fortgesetzt unmäßiger Alkoholgenuß gefährdet durch Vergiftung nicht nur die körperliche, sondern auch die geistige Gesundheit. Alle Trinker laufen

selbst Gefahr, an stürmischer (Säuferwahnsinn, Delirium) oder an schleichender Geistesstörung zu erkranken (Abstumpfung der Willenskraft, des Auffassungsvermögens, Gedächtnisverlust, Verschlimmerung des Charakters, Eifersuchtswahn, langsame Verblödung). Besonders verhängnisvoll, aber noch wenig beachtet ist es, daß Trinken und Trunksucht der Eltern bei der Zeugung den menschlichen Keimen schadet. Nur allzu häufig sind Kinder von Trinkern deshalb körperlich schwächlich und geistig minderwertig. Zeugung im Rausch gibt eine geistig verkümmerte Nachkommenschaft. Bei zahlreichen Idioten und Geisteskranken ist Trunksucht der Eltern die einzige auffindbare Ursache für das Leiden. Hier ist die Möglichkeit, mit Erfolg die Weiterausbreitung der Geisteskrankheiten zu bekämpfen. Jedermann muß wissen, wie schädlich das Trinken der Eltern dem kommenden Geschlecht werden kann. Mit allen Mitteln muß dem unmäßigen Alkoholgenuß, der Trunksucht gewehrt werden. Der Heirat von offenkundigen, unverbesserlichen Trinkern muß ebenso entgegengetreten werden, wie der von Epileptikern und Geisteskranken. Einem solchen Manne sollte niemand seine Tochter zur Frau geben.

3. Ähnlich giftig wie der Alkoholmißbrauch, wirkt die durch Ansteckung in den Körper gelangte Syphilis. Sie kann — wenn der Angesteckte nicht genügend behandelt wird, unmäßig lebt und sich überanstrengt — Nerven und Geisteskrankheit nach sich ziehen. Ob im einzelnen Fall wirklich Syphilis vorliegt, kann nur ein Arzt entscheiden. Jeder, der sich angesteckt glaubt, muß daher unverzüglich sich in die Behandlung eines Arztes begeben und sich andauernd ärztlich beobachten lassen. Vor Selbstbehandlung mit angepriesenen Heilmitteln und vor Behandlung durch Kurpfuscher (besonders brieflich!) ist zu warnen.

Der an ungeheilter Syphilis leidende Ehegatte kann die Krankheit auf den anderen Teil übertragen und gefährdet die Gesundheit der Nachkommenschaft. Die Kinder von syphilitischen Eltern sind nur zu oft lebensschwach, können körperlich und geistig verkümmern, in Geisteskrankheit verfallen.

Auch hier kann energischer Wille viel Krankheit verhüten. Wer an Syphilis erkrankt gewesen ist, sollte stets den Arzt befragen, wie er seine Lebensweise einrichten soll, ob und wann er eine Ehe eingehen darf. Ist der Arzt nach persönlicher Untersuchung einverstanden, so ist die Eheschließung unbedenklich.

* * *

Die im Vorstehenden besprochenen Ursachen der Geisteskrankheiten sind die wichtigsten. Ihre Bekämpfung ist Pflicht für jedermann. Außerdem wird eine verständige Gesundheitspflege des Körpers und Geistes vielfach körperliche und geistige Krankheit verhüten können. Hier sind zu beachten: Mäßigkeit im Essen und Trinken, regelmäßige Tageseinteilung, genügend zugemessener Schlaf, pflichtgetreue, regelmäßige Arbeit, tägliche Bewegung in freier Luft, Sonntagsruhe. Wo sich aber Zeichen von Nervosität und geistiger Veränderung namentlich auch bei jugendlichen Personen zeigen, vermeide man jede Geheimnistuerei und Bemäntelung, sondern wende sich frühzeitig an einen erfahrenen Arzt. Ärztlichen Anordnungen, richtiger Berufswahl, großer Vorsicht kann es noch öfters gelingen, die drohende Geisteskrankheit aufzuhalten oder doch ihren Verlauf zu mildern. In vielen Fällen ist — namentlich im Anfang der Geisteskrankheit — Behandlung in einer Irrenanstalt das beste Mittel. Rät der Arzt hierzu, so säume man nicht, verliere aus falschem Vorurteil nicht Zeit mit anderen Versuchen und Kuren! Verspätete Übergabe des Kranken an eine Anstalt trübt in vielen Fällen die Aussicht auf Heilung und Besserung.

Mitteilungen.

— **Verzeichnis der für die Sektion für Psychiatrie und Neuropathologie der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, Wien, 21. bis 26. September 1913, angemeldeten Vorträge.**

Albrecht (Graz): Voraussetzungen für die klinische Verwertung des galvanischen Reflexphänomens.

Allers, Rudolf (München): Über chemische Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit und deren diagnostische Bedeutung.

Anton, Gabriel (Halle): Operative Beeinflussung der Entwicklungsstörungen des Gehirns.

Anton, Gabriel (Halle): Über gefährliche Menschentypen.

de Becker: Das psychische Anpassungsvermögen in den heißen Ländern; Wahnsinn und Verbrechen.

Berze, Josef (Klosterneuburg): Zur Psychologie und Pathologie der intentionalen Sphäre.

Binswanger, Robert (Jena): Bedeutung der Abderhaldenschen Serodiagnostik für die Epilepsie.

Canestrini (Graz): Über Poliomyelitis bei Erwachsenen.

v. Eichhoff, R.: Über die Frage der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit.

Erben, S. (Wien): Über die Bedeutung der Erschütterung bei Muskelphänomenen.

Fischer, O. (Prag): Kortikale Grubenbildung bei Paralytikern als Folge meningealer Zystenbildung.

Flesch, (Wien): Meine Erfolge der Neuralgiebehandlung mit Alkoholinjektionen.

Flinker. Arnold (Czernowitz): Neuere Forschungen über Kretinismus.

Förster, Otfried (Breslau): Der phylogenetische Rückschlag in der spastischen Lähmung.

Förster, (Berlin): Nachweis lebender Spirochäten bei progressiver Paralyse.

Friedländer, (Hohe Mark i. T.): Über den gegenwärtigen Stand der Psychotherapie. Referat.

Fröschels, E. (Wien): Über das Wesen des Stotterns.

di Gaspero, (Graz): Blutbefunde bei Epilepsie.

Hofbauer, Ludwig (Wien): Nervöse Athemstörungen.

Löwy, Robert (Wien): Die faseranatomischen Beziehungen des Flocculus.

Marcuse, Harry (Lichterfelde bei Berlin): Die Bedeutung der Psychologie Jodls für die Psychiatrie.

Marburg, Otto (Wien): Pathogenese der Paralysis agitans.

Marinesco, G.: Beziehung zwischen der Spirochäte pallida und der Hirnläsion bei der progressiven Paralyse

Mattauschek, E. (Wien): Tumoren der hinteren Schädeldecke ohne Stauungspapille.

Meyer, E. (Königsberg): Über traumatische Psychosen.

Meyersohn (Schwerin): Zur Lehre von der Hysterie.

Mingazzini, G. (Rom): Über ein Hemiparkinson-ähnliches Syndrom.

v. Monakow, C. (Zürich): Über den Fasciculus centroparietalis.

Neißer, Clemens (Bunzlau): Über Bleulers primäre und sekundäre Symptomatologie und das sogenannte autistische Denken.

Nonne, Max (Hamburg): Paralyse und Syphilis. Referat.

Obersteiner, Heinrich (Wien): Ein Kleinhirn mit vollständigem Mangel des Wurms.

Oberholzer, E. (Schaffhausen): Erblichkeitsverhältnisse und Erbgang bei der Dementia praecox.

Pappenheim, M. und Volk, R.: Die vier Reaktionen bei behandelten Paralytikern.

Pfeiffer de Crinis (Graz): Über den antitryptischen Serumtitre bei verschiedenen Gehirnkrankheiten.

Phleps (Graz): Thema vorbehalten.

Pick, Arnold (Prag): Thema vorbehalten.

Redlich, Emil und Lazar, Erwin (Wien): Über Kinderselbstmorde.

Reznicek, Richard (Innsbruck): Zur Klinik der posthemiplegischen Phänomene.

Rhode, Friedrich (Königsbrunn): Das pathogenetische Vererbungsproblem. Aufgaben und Ziele der Familienforschung und Vererbungslehre.

Riemer, H. (Illenau): Soziale Psychiatrie und Irrenstatistik.

Rose, Maximilian (Krakau): Über die zytoarchitektonische Gliederung des Vorderhirns der Vögel.

Saenger, Alfred (Hamburg): Thema vorbehalten.

Schacherl, Max (Wien): Über Luetikerfamilien.

Schilder, P. (Leipzig): Über das Persönlichkeitsbewußtsein und seine Störungen.

Schrottenbach (Graz): Das Verhalten der psychophysiologischen Blutverschiebungen bei Läsionen der Thalamusgegend.

Siemerling, E. (Kiel): Thema vorbehalten.

Sittig, Otto (Prag): Über herdförmige Destruktionsprozesse in der Rinde bei tuberkulöser Meningitis.

Sommer, Robert (Gießen): Elektrotherapie mittelst des Stabilisierungsverfahrens und Elektrochemie.

Derselbe: Messung der hautelektrischen Vorgänge.

Stern, H. (Wien): Die Grundprinzipien der sprachärztlichen Behandlung Aphasischer.

Stiefler, Georg (Linz): Über die epidemische Kinderlähmung in Oberösterreich.

Sträußler, Ernst (Prag): Über aphatische und agrammatische Störungen in hysterischen Dämmerzuständen.

Stransky, Erwin (Wien): Die Amentia und ihre Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein. Referat.

Trömner, E. (Hamburg): Zur Pathologie des Schlafes.

Wagner von Jauregg, Julius (Wien): Thema vorbehalten.

Weygandt, Wilhelm (Hamburg): Begutachtung bei Paralyse und Syphilis des Zentralnervensystems.

Die Sektion für Psychiatrie und Neuropathologie wird am Dienstag, den 23. September Vormittag und Nachmittag eine gemeinsame Sitzung abhalten mit den Sektionen für interne Medizin und Syphilidologie. Von seiten der psychiatrisch-neurologischen Sektion wird in dieser Sitzung der Vortrag von Nonne (Hamburg) „Paralyse und Syphilis" gehalten werden. Diese gemeinsame Sitzung wird im großen Sitzungssaale der Gesellschaft der Ärzte abgehalten werden.

Am Mittwoch, den 24. September wird die Sektion in zwei Unterabteilungen tagen. Die Unterabteilung für Psychiatrie wird gemeinsam mit der Sektion für gerichtliche und soziale Medizin im Institut für gerichtliche Medizin tagen.

Die übrigen Sitzungen der Sektion für Psychiatrie und Neuropathologie finden im Hörsaale der psychiatrischen Klinik, IX., Lazarethgasse 14, statt.

Näheres durch Prof. Dr. Marburg, Wien IX, Ferstelgasse 6.

— Die diesjährigen Sitzungen des **Internationalen Vereins für medizinische Psychologie und Psychotherapie** finden am 19. und 20. September in Wien statt. Folgende Referate und Vorträge werden gehalten: Bleuler-Zürich: Medizinische Psychologie; Ranschburg-Budapest: Gedächtnisstudien; Adler-Wien: Kinderpsychologie; Stekel-Wien: Psychogenese und Psychotherapie des Fetischismus; v. Stauffenberg-München: Zur Pathologie der Angst; Häberlin-Basel: Psychanalyse und Erziehung; E. Nießl v. Mayendorf-Leipzig: Über das Wesen der Geisteskrankheit; Bonjour-Lausanne: Neue Fälle von Heilung von Iritis, Ulcus corneae, Warzen durch Suggestion; L. Klages-München: Zur Theorie und Symptomatologie der Willenskraft; Gustav Kafka-München: Über das Verhältnis der Tierpsychologie zur Physiologie und Biologie; H. Fulda-Frankfurt a. M.: Über die vermeintliche Gefahr des hypnotischen Versuchs; L. Frank-Zürich: Über Schlaf und Schlafstörungen; Ferdinand Winkler-Wien: Über Mitempfindungen;

Vera Eppelbaum-Zürich: Studie über das Assoziationsexperiment mit besonder Berücksichtigung der Alkoholiker; v. Hattingberg-Heidelberg: Zur Psychologie des kindlichen Eigensinns; Paul Schrecker-Wien: Über erste Kindheitserinnerungen; Otto Kaus-Wien: Kinderlügen; Kramer-Wien: Berufswahl; Alexander Schmid-Wien: Schillers Frauengestalten. — Diskussionsthema: Verdrängung und Konversion.

Auskunft erteilt Dr. L. Frank, Zürich, Zürichbergstraße 45.

— **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Breslau** am 13. und 14. Mai 1913. Bericht nach Autoreferaten und nach dem offiziellen Bericht in Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, 70. Bd., V. Heft, ausgegeben am 23. VIII. 1913. Zahl der Teilnehmer: 200.

Erste Sitzung am 13. Mai, vormittags 9 Uhr im Landeshaus. Der Vorsitzende, Geh. Obermedizinalrat Prof. Dr. Moeli (Berlin-Lichtenberg), eröffnete die Sitzung, indem er die Teilnehmer begrüßte. Er gedenkt der im letzten Jahr verstorbenen Mitglieder des Vereins und Kollegen, nämlich Schönfeldt (Atgasen), Gutsch (Karlsruhe), v. Seidlitz (Teupitz), J. Müller (Andernach), Ribstein (Freiburg), Stöwesandt (Kreuzburg), Früstück (Hochweitzschen), Krell (Großschweidnitz), Wille (Basel), Tippel (Kaiserswerth), Lauenstein (Hedemünden), Steinitz (Hubertusburg), Schütte (Bonn), Cramer (Göttingen). Zu Ehren der Verstorbenen erheben sich die Anwesenden.

Darauf erfolgte Begrüßung des Vereins namens des Oberpräsidenten und der Regierung durch Reg.- und Med.-Rat Dr. Telke, namens der schlesischen Provinzialverwaltung durch Landesrat Graeger, namens des Magistrats der Haupt- und Residenzstadt Breslau durch Stadtrat Petersen, namens der Universität vom Dekan der medizinischen Fakultät, Geh. Med.-Rat Prof Dr. Neißer. —

Es folgt das Referat von Bleuler (Zürich) und Hoche (Freiburg i. Br.) über „Die Bedeutung der Psychoanalyse.

1. Bleuler. B. faßt seine Ausführungen in folgenden Leitsätzen zusammen.

Allgemeine Psychologie. Wenn ich auch den allgemeinen Aufbau der Psychologie Freuds für unrichtig halte, so sehe ich doch eine Anzahl einzelner Bruchstücke derselben für wichtige Bereicherungen unseres Wissens an.

Ein großes Verdienst ist es z. B., den Begriff der Verdrängung herausgearbeitet zu haben, wenn ich ihn auch anders auffassen muß als Freud.

Etwas Richtiges ist an der Vorstellung, daß die Affekte sich von den zugehörigen Vorstellungen loslösen und eventuell eine Zeitlang „frei flottieren" oder sich an andere Ideen anheften oder krankhafte Symptome provozieren können.

Auch hinter dem Begriff des Abreagierens ist etwas Richtiges.

Mit Recht hat Freud die Bedeutung des Unbewußten für Psychologie und Psychopathologie hervorgehoben, wenn auch seine theoretischen Vorstellungen über dasselbe zu verwerfen sind.

Die in der Psychopathologie des Alltagslebens geschilderten Mechanismen, die zu Versehen und Vergessen führen, existieren in der Tat, werden aber wohl in ihrer numerischen Bedeutung überschätzt. Es gibt ja auch noch andere Gründe zu Versehen.

Witz. Die Freudsche Theorie des Witzes enthält manche ansprechende neue Gesichtspunkte, und eine definitive Witztheorie wird wohl Verschiedenes daraus aufnehmen können. Sie ist aber weder erschöpfend, noch in der Mehrzahl ihrer Einzelheiten überzeugend und gleicht insofern den anderen Lösungsversuchen des Problems.

Nebentheorien. Eine große Anzahl von Nebentheorien, die mehr von Schülern Freuds als vom Autor stammen, wie die Ableitung von Charaktereigentümlichkeiten und Symptomen von überkompensierten Organminderwertigkeiten, der „männliche Protest" und ähnliches, sind Übertreibungen oder einseitige Hervorhebungen von Dingen, die in Wirklichkeit einige Bedeutung haben, aber von anderer Seite nicht erfaßt worden sind. Es ist also ebenso unrichtig, sie einfach abzulehnen, wie wenn man auf sie schwören wollte.

Sexualität. Die Freudsche Theorie über die Entwicklung der Sexualität ist ungenügend fundiert und im Widerspruch mit Erfahrungen auf anderen Gebieten.

Richtig ist:

Daß es eine infantile Sexualität gibt, daß diese sich oft an die Eltern heftet („Ödipuskomplex"), und daß die Fixierung des Sexualzieles oft (oder immer?) in der Kindheit bestimmt wird;

daß Spuren von perversen Strebungen bei Neurotischen und Psychotischen ganz gewöhnlich zu finden sind, und daß dieselben Einfluß auf die Symptomatologie haben;

daß die so häufige Onanie indirekt großen Einfluß auf die Psyche ausübt;

daß nichts so leicht der Verdrängung unterliegt wie sexuelle Komplexe;

daß etwas existiert, was man Sublimierung nennen kann, wenn auch wohl in einem etwas anderen Sinne als bei Freud.

Möglicherweise besteht auch der Freudsche Begriff der Analerotik mit dem entsprechenden Charakter zu Recht.

Traum. Von der Freudschen Traumlehre ist mir nicht bewiesen, daß der Traum nur wünschen könne, daß nur ein infantiler sexueller Wunsch seine eigentliche Triebkraft sein könne, daß der Traum den Zweck habe, den Schlaf zu hüten; ich glaube nicht an eine „Rücksicht auf die Darstellbarkeit", ebensowenig an die „Zensur" im Freudschen Sinne.

Dagegen bleibt uns folgendes: Die Erkenntnis, daß es dem Bewußtsein unbekannte unterdrückte Strebungen in uns gibt, daß das Traumdenken dirigiert wird von Mechanismen, die auch sonst unser Seelenleben beherrschen, daß es in versteckter Form alle unsere latenten

und manifesten Strebungen enthalten kann, seien dieselben wichtig oder nicht, und daß man diese Strebungen und Befürchtungen aus dem Traum wiedererkennen kann. Die Symbolik des Traumes im Freudschen Sinne existiert, und sie ist nicht etwas Neues und Eigenartiges, sondern sie ist von der Symbolik der Mythologie, des Märchens, ja der Poesie nur graduell verschieden. Dabei ist es zunächst gleichgültig, ob an den vorliegenden Traumdeutungen etwas mehr oder weniger richtig sei. Als Nebengewinne bleiben uns ferner die Ideen der Verschiebung, der Verdichtung und der Überdeterminierung, die ebenfalls für die Pathologie eine große Wichtigkeit besitzen.

Andere autistische Denkformen. Die gewonnenen Erkenntnisse sind von großer Bedeutung für das Verständnis der Mythologie, der Sagen und Märchen, der Religionspsychologie, des Tabu. Vieles auf diesem Gebiete Publizierte ist aber gewiß noch unreif; einzelnes indessen halte ich jetzt schon für gesichert, so das Wesentliche an den Studien Abrahams über Prometheus und manches an Jungs Studien über „die Wandlungen und Symbole der Libido"; vor allem aber eröffnen solche Untersuchungen neue und fruchtbare Gesichtspunkte für die Zukunft.

Zum psychologischen Verständnis der Dichtungen und der Dichter sind die psychoanalytisch gewonnenen Einsichten unentbehrlich. An den bis jetzt publizierten Versuchen in dieser Richtung findet sich zwar da und dort eine positive Vermehrung unseres Verständnisses, aber doch noch mehr unvorsichtig angewandte Phantasie.

Neurosen und Psychosen. Freuds Einteilung der Psychosen (Aktualneurosen: Neurasthenie und Angstneurose; Psychoneurosen, Angsthysterie, Hysterie und Zwangsneurose) scheint mir so wenig fest begründet zu sein wie jede andere; in praxi gibt es so viele Misch- und Übergangsformen, daß es mir unmöglich wird, Krankheiten in ihnen zu sehen. Dafür enthalten sie bestimmte genetische Symptomenkomplexe, deren Heraushebung sehr wertvoll ist, wenn auch noch nicht alle klar sind.

Die Abgrenzung der Freudschen Neurasthenie (die ein viel engerer und bestimmterer Begriff ist als der gewöhnliche der Neurasthenie) und ihre Entstehung durch inadäquate Abfuhr der Sexualerregung sind noch problematisch.

Die Angstneurose hat wenigstens als Symptomenkomplex eine wirkliche Existenz. Ihre Entstehung infolge „Verhinderung der psychischen Verarbeitung der somatischen Sexualerregung" bedarf weiterer Beweise. Doch ist ein Zusammenhang mancher Angstzustände mit ungenügender Sexualbetätigung wohl gesichert.

Noch gar nicht klar ist mir die Angsthysterie. Doch gibt es Gründe für die Existenz dieses Syndroms und für seine von Freud angenommene Genese.

Von der komplizierten Theorie der Hysterie, deren Krankheitsbild von Freud ebenfalls enger begrenzt wird als gewöhnlich, möchte ich als sicher nur die allgemeinen psychopathologisch-genetischen Vorstellungen ansehen.

Ebenso bei der Zwangsneurose.

Die weitgehenden Theorien über die Entstehung der Schizophrenie aus der „homosexuellen Componente" halte ich für unrichtig, jedenfalls sind sie nicht bewiesen. Wenn auch vorläufig nicht auszuschließen ist, daß in der ganzen Schizophreniegruppe einige bloß psychogene Fälle mitlaufen, so ist doch der Begriff aus deutlich organisch bedingten Syndromen entwickelt worden; auf der organischen Grundlage bilden sich durch autistisches Denken, Verschiebungen, Verdichtungen und durch der Freudschen Traumsymbolik analoge Vorgänge die Wirklichkeitstäuschungen, wobei ambivalente (oft zugleich verdrängte) Komplexe die wesentliche Rolle spielen.

Allgemeine Psychopathologie. In die Einzelheiten seiner Psychopathologie kann ich Freud gar nicht immer folgen. Sicher scheint mir von seinen Auffassungen folgendes:

Die Bedeutung der Sexualität ist vor Freud unterschätzt worden. Anderseits ist es noch ganz unberechtigt, immer nur sexuelle Erklärungen zu suchen.

Eine gewisse, wenn auch noch genauer zu umschreibende Bedeutung haben die perversen sexuellen „Komponenten".

Besonders wichtig ist der Begriff der Verdrängung von unerträglichen Gedanken. „Verdrängung" ist nun namentlich bei krankhafter Anlage nicht gleich „vollständige Unterdrückung". Verdrängte Gedanken bleiben mit ihren Affekten vom Unbewußten aus wirksam und erzeugen Krankheitssymptome.

Die Bedeutung infantiler Wünsche und Erlebnisse ist noch nicht genügend abzuschätzen. Sicher aber verlangt sie Berücksichtigung.

Der Krankheitsgewinn ist ein wichtiger Anreiz zum Krankwerden und Kranksein.

Die Lokalisation psychisch bedingter Symptome in bestimmte Körperteile kann durch eine Anomalie dieser Organe mitbedingt sein („körperliches Entgegenkommen").

Verschiebung und Symbolik im Freudschen Sinne haben bedeutenden Anteil an der Ausgestaltung der Symptomatologie.

Technik. Die Freudsche analytische Technik gibt wichtige Aufschlüsse über Zusammenhänge psychischen Geschehens. Unvorsichtige Verwertung derselben sagt nichts gegen das Prinzip.

Therapie. Über den therapeutischen Wert der Unwert der Psychoanalyse kann man zanken, aber noch nicht wissenschaftlich diskutieren. Zum letzteren Zweck verwendbares Material besitzen wir so wenig wie Beobachtungsserien, die man zur Diskussion über die anderen Behandlungsarten der Neurosen oder über den Wert der verschiedenen Pneumonietherapien verwenden könnte.

2. Prof. Hoche stellte folgende Leitsätze auf:

1 Die Lehren der sogenannten „Psychoanalyse" sind

weder theoretisch noch empirisch genügend begründet.
2. Die therapeutische Wirksamkeit der „Psychoanalyse" ist unbewiesen.
3. Der Dauergewinn für die klinische Psychiatrie ist gleich Null.
4. Der abstoßende Eindruck, den die psychoanalytische Bewegung auf das nüchterne Denken ausübt, beruht auf der durch und durch unwissenschaftlichen Methodik.
5. Der Betrieb der „Psychoanalyse" in seiner heute vielfach geübten Form ist eine Gefahr für das Nervensystem der Kranken, kompromittierend für den ärztlichen Stand.
6. Das einzige bleibende Interesse an der psychoanalytischen Episode liegt auf kulturgeschichtlichem Gebiete. (Fortsetzung folgt.)

Referate.

— Mees, Dr. Richard: Über alkoholische reflektorische Pupillenstarre. Aus der inneren Abteilung d. städt. Krankenhauses in Mainz. Münch. med. Woch. 1913, 22, S. 1200.

Nonne hat zuerst auf das Vorkommen reflektorischer Pupillenstarre, die nur durch exzessiven Alkoholgenuß bedingt ist, hingewiesen. Da aber seine zuerst beobachteten Fälle nicht serologisch untersucht wurden, konnten metaluetische Nervenerkrankungen nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Erst 1911 veröffentlichte Nonne drei Fälle, in denen alle vier Reaktionen negativ waren.

Verf. hat einen 58 jährigen schweren Wein- und Schnapstrinker (Hausierer, halber Vagabund) beobachtet, bei dem sich seit vier Jahren typische, epileptische Krämpfe, seit einem Jahre Gehstörungen und Beklemmungen eingestellt hatten.

Typische alkohologene Polyneuritis, alkoholische Epilepsie, die während der Abstinenzintervalle aussetzt. Reflektorische Lichtstarre der Pupille mit Myosis seit einem Jahre. Tabes und andere metaluetische Nervenerkrankungen ausgeschlossen, da Wassermann und die anderen Syphilisreaktionen des Blutes und des Liquor stets negativ.

Die Feststellung, daß es alkohologene Fälle gibt, die das Bild der Tabes vortäuschen, ist auch praktisch (therapeutisch) von Wichtigkeit.

(Dr. Holitschers Korresp.)

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Freiburg** i. Schl. Dem Oberarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt, Dr. Jessen, wurde der Charakter als Sanitätsrat verliehen.

— **Brieg** i. Schl. Dem Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Sanitätsrat Dr. Petersen wurde der Rote Adlerorden IV. Klasse verliehen.

— **Plagwitz** bei Löwenberg i. Schl. Dem Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Sanitätsrat Dr. Petersen-Borstel wurde der Rote Adlerorden IV. Klasse verliehen.

— **Bunzlau** i. Schl. Sanitätsrat Direktor Dr. Neißer wurde zum Stadtverordneten-Vorsteher gewählt.

— **Ückermünde.** Assistenzarzt Braunert, bisher an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Kreuzburg, O.-S., ist am 15. August d. Js. in den Anstaltsdienst getreten.

Therapeutisches.

— **Riedels Berichte — Riedels Mentor.** Herausgegeben von J. D. Riedel Aktiengesellschaft, Berlin-Britz. 1913.

Aus diesem sehr lehrreichen Bericht interessieren an

dieser Stelle ganz besonders die wissenschaftlichen Ausführungen über Hydrolezithin, das „ein fast chemisch reines Lezithin" ist, „wie es bislang noch nicht hat hergestellt werden können", sowie „Die pharmakotherapeutische Übersicht über die wichtigsten Arbeiten des Jahres 1912" und der „Mentor für die Namen, Zusammensetzung, Eigenschaften und Anwendung neuerer Arzneimittel, Spezialitäten und technischer Produkte".

— In einem Vortrag bei dem IV. Demonstrationsabend des Charlottenburger Ärzte-Vereins am 6. Februar 1913 sprach Prof. Bendix, dirig. Arzt des Charlottenburger Säuglingsheims, über **Pellidol-Salben** bei Ekzemen. Er sieht natürlich im Pellidol nicht das Mittel, das unbedingt in jedem Falle von chronischem Ekzem helfen muß. Die von ihm beobachteten Erfolge seien aber so überraschend glänzend und andauernd, daß er die Salbe dem praktischen Arzt, für den in der allgemeinen Praxis die Ekzembehandlung meist eine schwierige und undankbare Aufgabe ist, dringend zum Versuch empfehlen könne.

Die Versuche seien zuerst in der Charlottenburger Säuglingsklinik bei sehr schweren chronischen Formen von Gesichts- und Kopfekzemen, die vorher monatelang erfolglos behandelt wurden, später auch bei geeigneten Fällen in der Bendixschen Poliklinik und Privatpraxisbehandlung angestellt worden. „Bei den krustösen Formen fielen die Borken nach 1—2 mal 24 Stunden ab, und innerhalb weniger Tage überhäuteten sich die wunden Stellen mit normaler Haut. Vollkommene Heilungen wurden im Verlauf von 3 Tagen bis 3 Wochen beobachtet. Nässende Ekzeme trockneten, schuppende verloren die Neigung zur Schuppung. Bei allen Formen ließ der unangenehme Juckreiz sehr bald nach. Bisher sind sehr schwere Fälle 3 Monate ohne Rezidiv geblieben."

Neben der örtlichen Behandlung des Ekzems junger Kinder, das in sehr vielen Fällen eine „exsudative Diathese" zur Grundlage habe, seien auch diätetische Maßnahmen nötig. (Allgemeine medizinische Zentralzeitung Nr. 14, 1913.)

Der heutigen Nummer liegen Prospekte der Firmen **Merkelbach & Wick, Grenzhausen** betr. Wicks Vorratskocher und **C. F. Boehringer & Soehne, Mannheim-Waldhof** bei, die wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **J. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 24. 13. September. **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Festrede zum fünfzigjährigen Bestehen der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bunzlau in Schlesien, gehalten von Direktor Sanitätsrat Dr. Clemens Neisser am 16. Juli 1913. Schluß (S. 281). — Die Gebühren für Vorbesuche bei Erstattung von schriftlichen Gutachten. (S. 287.) — Mitteilungen (S. 287): V. Intern. Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke in Moskau 1914. Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie zu Breslau. Fortsetzung. — Referate (S. 291). — Personalnachrichten (S. 291). — Berichtigung (S. 291). — Therapeutisches (S. 291).

Festrede zum fünfzigjährigen Bestehen der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bunzlau in Schlesien, gehalten von Direktor Sanitätsrat Dr. **Clemens Neisser** am 16. Juli 1913.

(Schluß.)

Ich habe die Mitteilungen über die erste Vorbereitungs- und Entwicklungszeit der Anstalt mit vielen Einzelheiten gegeben, weil ich glaube, daß, wenn nicht ein kulturhistorisches, so doch ein lokalpatriotisches Interesse mancher dieser Tatsachen zukommt. Die weitere Entwickelung der Anstalt will ich nur in groben Umrissen andeuten. Mit Stolz aber kann ich sagen, daß, wie die Anstalt ganz nach dem Stande des Könnens jener Zeit unter Aufbietung des Besten, was nur erreichbar schien, ursprünglich geschaffen worden ist, sie ebenso bei den nächsten notwendigen Erweiterungen den Fortschritten der Erkenntnis sich anpaßte. So wurden 1868 zwei kleine sogenannte Koloniehäuser für je 15 Kranke der alten Anstalt angegliedert, in welchen für landwirtschaftlich arbeitende Patienten eine völlig freie Bewegung vorgesehen war, eine Einrichtung, welche damals noch etwas durchaus Neues darstellte und nur wenige Vorbilder besaß. 1875 wurde ein weiteres Doppelhaus für 30 Kranke in demselben Stil aufgeführt. Die bedeutsamste Veränderung, gewissermaßen eine neue Epoche, wurde in den 80 er Jahren herbeigeführt, als Sioli, jetzt Direktor der städtischen Heilanstalt in Frankfurt a. Main, die Leitung der hiesigen Anstalt führte. Sioli war ein Feuerkopf, voll von Initiative und Tatkraft, er kam aus der Kgl. Charité zu Berlin und war ausgerüstet mit bestem klinischen Können; er setzte es durch, daß nicht nur für Bunzlau, sondern für ganz Schlesien das System der Irrenversorgung von Grund aus geändert wurde. Während bisher Leubus allein die voraussichtlich heilbaren Kranken aufnahm, die anderen Anstalten lediglich die von dort ungeheilt entlassenen oder von vornherein als unheilbar und gemeingefährlich sich darstellenden Kranken zugewiesen erhielten, wurde von jetzt ab jede der Anstalten zur Aufnahme von heilbaren und unheilbaren Kranken bestimmt und das noch heute bestehende System der gemischten Heil- und Pflegeanstalten damit eingeführt. Welchen Fortschritt dies für die ärztliche Tätigkeit, für die gemütliche und wissenschaftliche Befriedigung und überhaupt für die ganze Stellung und Bedeutung der Anstalt gegenüber dem Publikum darstellte, dürfte ohne weiteres einleuchtend sein. Noch einen weiteren Fortschritt führte Sioli herbei. Er richtete im Jahre 1886 in dem benachbarten Dorfe Looswitz die sogenannte Familienpflege ein: Kranke wurden gegen Entgelt zu dortigen Bauern in Pflege gegeben, nahmen an den ländlichen Beschäftigungen teil, wurden am Familientisch beköstigt und blieben im übrigen unter regelmäßiger Kontrolle der Anstaltärzte. Sie genossen somit die denkbar freieste Verpflegungsform und befanden sich unter Verhältnissen, die den heimischen möglichst angenähert waren. Und endlich ist auf seine Veranlassung im Jahre 1887 das Drüsselvorwerk käuflich erworben worden, welches noch heute den Grundstock unseres jetzt 164½ Hektar umfassenden Landbesitzes darstellt.

Den nächsten großen Umschwung in den Anstalteinrichtungen verdanken wir der zuerst nicht eben freundlich aufgenommenen „Anregung" des Herrn Polizeiverwalters von Bunzlau, des Herrn Bürgermeister Richter, welchem ich nicht verfehlen möchte, wenn auch etwas spät, bei dieser Gelegen-

heit den Dank abzustatten für das Verdienst, welches er sich damit erworben hat. Im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege erzwang er den Anschluß der Anstalt an die städtische Kanalisation und vermittelte uns dadurch die Notwendigkeit der Wiedereinrichtung der Spülklosetts. Ich brauche

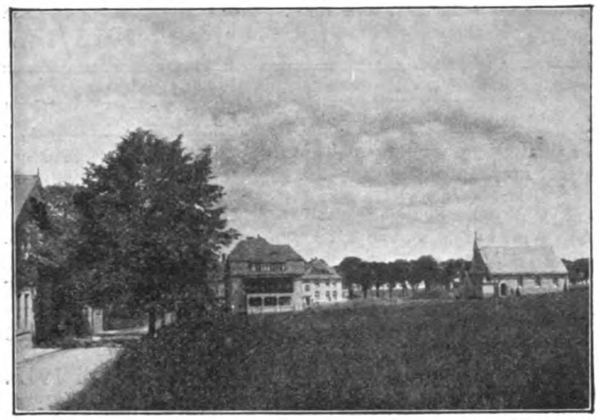


Abb. 1. Männerdorfhäuser und Kirche.

wohl angesichts der heutigen Ausgestaltung der Anstalt nicht besonders zu versichern, daß, wenn die Provinzialverwaltung sich zunächst auch etwas widerwillig dem Zwange unterwarf und im Hinblick auf die großen Aufwendungen, welche ihr dadurch zugemutet wurden, zunächst die formale Rechtslage prüfte, sie doch schließlich in einer so großzügigen Weise die Ausführung des Sanierungswerkes übernahm, daß sie weit über den Rahmen dessen hinausgegangen ist, was ihr von landespolizeilicher Seite aus jemals hätte auferlegt werden können. Veranlaßt durch immer sich wiederholende Schübe von Ruhr- und Typhuserkrankungen unternahm die Provinzialverwaltung die große Aufgabe, die gesamte Anstalt in allen ihren Teilen mit einem Schlage den gesundheitsgemäßen Anforderungen entsprechend zu erneuern und den modernen Anforderungen gemäß herzustellen. Sehr bald wurde dieser Beschluß ergänzt durch die fernere Entschließung, um dem Plätzemangel in der Provinz Abhilfe zu schaffen, die hiesige Anstalt durch Neubauten zu erweitern.

Leider ist die Erweiterung der Anstalt nicht in ihrem vollen Umfange auf einmal beschlossen bezw. genehmigt worden, sodaß eine Erschwerung der Pläne und der Ausgestaltung des Ganzen dadurch unvermeidlich sich ergab. Es ist deshalb, wie überhaupt bei einem Erweiterungsbau, der Altem angegliedert ist, nicht ohne weiteres mit völlig neuen Gesamtanlagen ein Vergleich möglich und ich muß bitten, bei der Besichtigung der Anstalt diesen Umstand nachsichtig in Erwägung zu ziehen. Andererseits aber hat die Erweiterung einer alten Anstalt den großen Vorteil, daß die Unvollkommenheiten und Fehler, die in irgend welcher Beziehung sich gewiß bei jeder Anlage finden werden, in solchem Falle genau bekannt sind, sodaß es möglich wird, durch das Neugeschaffene ergänzend und ausgleichend zu wirken. Der Umbau der alten Anstalt hat sich nun aber nicht darauf beschränkt, die Schwemmkanalisation durchzuführen, sondern es ist versucht worden und wie ich glaube auch gelungen, eine völlig moderne Ausgestaltung den inneren Räumen zu geben durch Neuordnung ihrer Zusammenhänge und völlig andere Gliederung und Gruppierung der Abteilungen. Auch wurde in allen alten Häusern Zentralheizung eingerichtet und alle Dielen in Stuben und Korridoren mit Linoleum belegt. Jedes Haus erhielt ein besonderes ärztliches Untersuchungs- und Besuchszimmer. Ein allen Anforderungen entsprechender Operationssaal wurde neu hergerichtet, ein Dampfdesinfektions-Apparat beschafft, ein neues Wasserwerk erstellt und vor allen Dingen die Bäder vermehrt, worauf ich noch zu sprechen kommen werde.

Um nun aber Ihnen einen Begriff von den leitenden Gesichtspunkten der Neuordnung zu geben, die zugleich die leitenden Gesichtspunkte der praktisch-psychiatrischen Anschauungen und Behandlungsformen unserer Zeit überhaupt darstellen, gestatten Sie mir, Ihnen etwas Eingehenderes über dasjenige Behandlungssystem vorzutragen, welches den Ausgangspunkt dieser neuen Epoche darstellt, der sogenannten Bettbehandlung. Der persönliche Anteil, den ich, wie die Herren Fachgenossen wissen, an dem Erfolge habe, daß diese segensreiche Behandlungsmethode heute Gemeingut aller Kulturländer geworden ist, mag es rechtfertigen, wenn ich gern versuchen möchte, das Wesentliche der Sache Ihnen klarzulegen. An und für sich hat es ja etwas befremdliches, wenn man die Bettbehandlung d. h. also die Tatsache, daß Kranke im Bett liegen sollen, als ein besonderes System bezeichnen will. Es ist dies auch nur aus der historischen Entwicklung verständlich. Bei jedem Hospital für körperlich Kranke hält man es für selbstverständlich, daß der neu eintretende Patient zunächst ein Bett angewiesen bekommt und dort die Untersuchung des Arztes erwartet. Bei dem Geisteskranken bis in die Neuzeit hielt man dies nicht für selbstverständlich, ja man kam sogar garnicht auf den Gedanken, es zu versuchen, sofern nicht körperliche Schwäche oder aber tiefe Depression und Hemmung der Bewegungen die

Ruhelage geboten erscheinen ließen; und bei aufgeregten oder tobsüchtigen Geisteskranken oder bei deliranten Zuständen hielt man es überhaupt für unmöglich und undurchführbar, daß der Kranke im Bett bleiben könne. In der Hauptsache handelt es sich, wenn wir von Bettbehandlung im allgemeinen sprechen, zunächst also garnicht um ein bestimmtes Heilverfahren für bestimmte Krankheitszustände, sondern um die Durchführung des allgemeinen Krankenhausregimes, das in seiner einfachsten Form sich damit kennzeichnen läßt, daß nicht die ärztliche Anordnung für Bettruhe abgewartet wird, sondern umgekehrt es der ärztlichen Anordnung und Erlaubnis benötigt, damit der Kranke das Bett verlassen darf. Mit diesem System wurde der Krankenhaus-Charakter der Irrenanstalten, namentlich ihrer Aufnahmestationen, erst völlig praktisch durchgeführt; damit trat zugleich an die Stelle der Aufsicht die Krankenhauswartung und Pflege, und bei allen aufgeregten Kranken ergab sich weiter alsbald als segensreiche Folge eine ungemeine Erleichterung der Pflege und Herabminderung der Gewalttätigkeiten. Die nächste Folge war die Entbehrlichkeit der Zellenisolierung, welcher man bis dahin gegenüber tobsüchtigen Elementen nicht entraten zu können glaubte. Es ergab sich aber noch ein weiterer Fortschritt von außerordentlicher Tragweite; die spezielle Kenntnis des Wesens der Geisteskrankheiten, ihrer Symptomatologie und Erscheinungsform und ihrer Verlaufsweise, nahm einen ungeahnten Aufschwung. Man lernte erkennen, daß ein guter Teil derjenigen Eigentümlichkeiten und des Verhaltens von Kranken, welche man früher als zu der Krankheit selbst notwendig gehörig betrachtet hatte, das Zerreißen, Kotschmieren usw., nichts waren als Kunstprodukte, Zutaten, Nebenwirkungen einer unangemessenen Behandlung und Unterbringung. Gerade so, wie man einst in der Chirurgie in dem Irrtum befangen war, daß Wundfieber, Rose und dergleichen unerfreuliche Zufälle mehr oder weniger notwendig mit dem Wundverlauf selbst zusammenhingen, bis man durch die Errungenschaft der Antiseptik und Aseptik es gelernt hat, daß es von außen kommende Schädlichkeiten sind, welche die üblen Zufälle herbeiführen und deshalb heute getrost es wagen kann, die kühnsten Eingriffe in geschlossene Körperhöhlen vorzunehmen; in ähnlicher Weise hat die Bettbehandlung und Aufgabe der Zellenisolierung Krankheitsvorgänge weitaus richtiger sehen gelehrt und andere Maßstäbe für die Beurteilung der Zustände und die Abschätzung der Gefährlichkeit gewinnen lassen. Als spezielle Behandlungsform kommt aber, soweit sich dergleichen allgemein zusammengefaßt sagen läßt, die Bettbehandlung in der Hauptsache nur für die akuten Zustände in Betracht. Sobald die stürmische Erregung abgelaufen oder die blinde Angst und der Druck vom Gemüte einigermaßen geschwunden und die Regsamkeit wieder hergestellt ist, dann pflegt Bettruhe nicht mehr

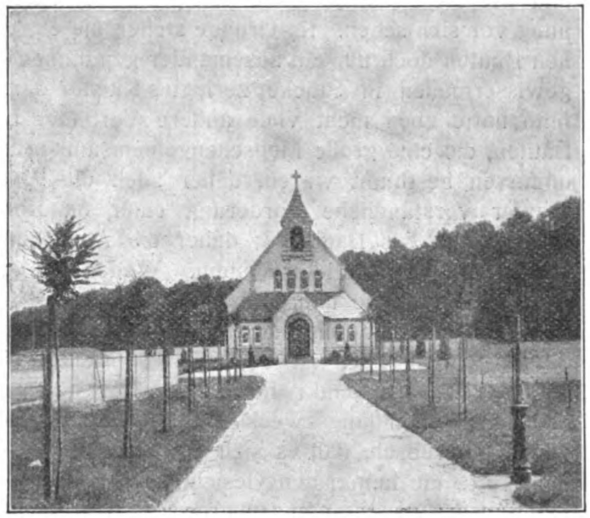


Abb. 2. Die neue Anstaltskirche.

am Platze zu sein, ebensowenig bei einer großen Anzahl chronischer Krankheitsformen. Für alle diese Zustände gibt es nur Ein wirksames Heilmittel, welches die Persönlichkeit wieder erstarken läßt, das ist die Arbeit. Gegenüber den krankhaften Nervenvorgängen und der durch sie bedingten ungesunden Konzentration auf das eigene Ich führt die Arbeit den Menschen dazu, den Zusammenhang mit der Außenwelt und der Wirklichkeit wieder lebendig zu machen, und deshalb, meine verehrten Anwesenden, finden Sie in unseren modernen Irrenanstalten ein solches Gewicht gelegt auf die Möglichkeit vielseitiger Beschäftigung, und jetzt verstehen Sie den Fortschritt und die Bedeutung, die es hatte, daß, wie ich Ihnen vorhin hervorhob, hier in Bunzlau schon so zeitig für diese Seite der Krankenbehandlung in vorzüglicher Weise gesorgt war. Und hier muß ich mit besonderer Wärme des Verdienstes meines Amtsvorgängers, des Herrn Sanitätsrats Dr Stoever, gedenken, dessen Abwesenheit bei dieser Feier ich ebenso wie die des Herrn Professor Sioli schmerzlich bedauere. Herr Stoever verstand es in vorzüglicher Weise, die Arbeit zu organisieren und zu gliedern und im Zusammenhang damit eine Pünktlichkeit, Ordnung und Exaktheit in dem ganzen An-

staltsbetriebe zur Geltung zu bringen, daß der erziehliche Wert der Arbeit selbst dadurch noch wesentlich gesteigert werden und ihr Segen noch wirksamer zur Geltung kommen mußte.

Und nun bitte ich Sie, Ihre Aufmerksamkeit noch einmal zurückzulenken zu der alten Anlage unserer Anstalt, wie ich sie Ihnen vorhin geschildert habe und wie Sie sie an dieser etwas primitiven Zeichnung vor sich sehen. Im Grunde stellen die einzelnen Bauten doch nur ein auseinander genommenes, gewissermaßen in Stücke zerlegtes Kloster dar.[1]) Man hatte eben nicht viele andere Vorbilder für Bauten, die eine große Menschengemeinsamkeit zu umfassen bestimmt waren, daher auch die sonst schwer verständliche Forderung einer quadratischen Form des Baulands; daher die Anordnung der Räume im Korridor-System. Weder hat die Anlage der Räume und ihre Einteilung in Wohn- und Schlafzimmer mit sonstigen Krankenhäusern etwas gemein, noch ist eigentlich überhaupt ein leitender Gesichtspunkt für die Art der Anlage aus dem Behandlungszweck zu entnehmen. Man wußte theoretisch, daß es sich um Kranke handle, man hatte die humansten Gesichtspunkte, und die schlimmen Zwangsmittel früherer Zeit waren beiseite geworfen. Aber im Grunde genommen lag doch das Besondere der baulichen Anlage nur darin, daß auf die Unterbringung störender und schwieriger Elemente in abgesonderte Zellenräume vorsorglich Bedacht genommen war. Und wenn Sie die zweite Phase unserer Anstaltsentwickelung die ich vorhin Ihnen kennzeichnete, ins Auge fassen, so finden Sie, daß der Wert der Arbeit in besonderem Maße betont und für die freie angenehme und zwanglose Lebens- und Bewegungsmöglichkeit namentlich der landwirtschaftlich arbeitenden Kranken in neuen Formen gesorgt wird; dagegen das Gros der Kranken in der geschlossenen Hauptanstalt verbleibt nach wie vor in seiner schablonenmäßigen Unterbringungsart, und nach wie vor ist die Besetzung von einigen 40 Isolierräumen, zum mindesten für die Nacht, als Erfordernis bestehen geblieben. Demgegenüber geben in der modernen Anstalt die verschiedenen Anforderungen der Bett- und Bäderbehandlung,welch letztere eine hervorragende Stelle in unserm therapeutischen Rüstzeuge einnimmt, die Grundlage der baulichen Einrichtungen ab. Und in mannigfaltiger Gliederung stufen sich die Einrichtungen ab bis zu denjenigen Abteilungen bezw. offenen Häusern, in welchen im wesentlichen nur körperlich rüstige, arbeitende und einer besonderen ärztlichen Kur zurzeit nicht bedürfende Patienten die Wohnung angewiesen bekommen. Nicht jeder Teil der Anstalt trägt also in seiner Einrichtung den gewöhn-



Abb. 3.
Kranken- und Inspektorwohnhaus auf dem Gutshofe.

lichen Krankenhaus-Charakter, und auch dadurch weichen unsere Anstalten von den Hospitälern ab, daß sie wegen des vielfach längeren Aufenthalts der Patienten für größere Behaglichkeit für den einzelnen Fürsorge treffen müssen. Um einem möglichen Mißverständnis meiner Worte von vornherein zu begegnen, möchte ich betonen, daß auch wir einige Zellen besitzen, aber, verehrte Anwesende, es ist dies in der Hauptsache nur so zu beurteilen, wie auch in einer chirurgischen Klinik durch Beschaffenheit aller möglichen Instrumente auch auf die seltensten und schwierigsten Fälle Bedacht genommen sein muß. Dazu kommt ja, daß wir auch verbrecherische Elemente unterzubringen verpflichtet sind, auf deren sichere Verwahrung wir noch in erhöhtem Maße Obacht zu geben haben, als dies etwa lediglich wegen ihres krankhaften Geisteszustandes erforderlich sein würde. Für gewöhnlich stehen unsere sämtlichen Zellen, im Vorjahre beispielsweise an 320 Tagen des Jahres, Tag und Nacht leer.

Die Durchführung der Bettbehandlung als Krankenhaus-Regime hat aber nicht nur auf die Abteilungseinrichtungen und den Anstaltsbau in direkter Weise umgestaltend gewirkt, sondern sie hat noch einen viel weiter reichenden indirekten Einfluß geübt, den ich für außerordentlich wichtig halte und dem in erster Linie es zu danken ist, wenn die mo-

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: In einem sehr beachtenswerten kritischen Rückblick auf die Entwicklung des deutschen Anstaltswesens stellt Fischer eine bis ins einzelne übereinstimmende Betrachtung an. Fischers Aufsatz ist wenige Tage vor unserer Jubelfeier im Druck erschienen, mir aber erst nachher bekannt geworden.

dernen Anstalten sich auch äußerlich und in ihrem ganzen architektonischen Gefüge so freundlich und anmutend darstellen. Das ist: sie hat die Psychiatrie auf einen Standpunkt gehoben, daß nunmehr dem Architekten klare Aufgaben angewiesen sind Genau so wie in andern Zweigen des Bauwesens ist der Anstalts-Architekt nunmehr befähigt, selbständig und in individuell variierter Form bau-

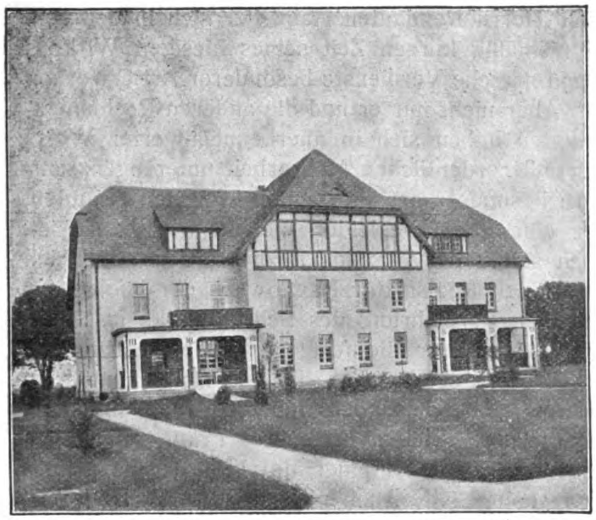


Abb. 4. Frauendorfhaus für 60 Kranke.

liche Lösungen für den gegebenen Zweck zu suchen und zu finden. Und deshalb, verehrte Anwesende, wäre es ungerecht, uns mit unseren neuen Erweiterungsbauten mit den Erbauern der Anstalt vor 50 Jahren in Vergleich setzen zu wollen. Sie haben tasten müssen, und der Arzt vermochte ihnen nicht genügende Grundlagen für eine selbständige Gestaltung der architektonischen Aufgabe zu liefern. Heute ist das Ziel klar und deshalb die Arbeit leichter. Dazu kommt der glückliche Umstand, daß durch die Gesetzgebung der 90er Jahre, welche den Armenverbänden die Pflicht zur Unterbringung jedweder Kategorie hilfsbedürftiger Geisteskranker als Pflicht auferlegte, in kurzer Zeit nacheinander in den preußischen Provinzen eine große Anzahl von Neubauten von Irrenanstalten erforderlich und damit Vorbilder in großer Zahl geschaffen wurden, an deren Hand sich weiter arbeiten ließ. Und endlich hat natürlich der allgemeine Aufschwung der Baukunst auch auf unserem Gebiete sich als fruchtbar erwiesen. Die heutige Art der Grundrißlösung und Raumgestaltung weicht gewaltig ab von der dürftigen Erfindungsgabe, die in den Korridorbauten früherer Tage uns entgegentritt.

Im ganzen sind in den letzten Jahren hier erstellt worden 24 neue Baulichkeiten, davon 11 Krankenhäuser, 6 für Frauen, 4 für Männer und eine Infektionsbaracke für beide Geschlechter, 1 Werkstättengebäude, 1 Zentralbad, 5 Wohngebäude für Beamte, das Wasserwerk, 1 Scheune, 1 Kuhstall, 2 Pflegerwohnhäuser, in denen 8 Wohnungen so eingerichtet sind, daß je drei weibliche Familienpfleglinge darin Aufnahme finden sollen, und endlich nicht zu vergessen: die Kirche.

Wie groß der Unterschied des Systems und der Einrichtung gegen früher ist, habe ich Ihnen an dem Beispiel der Zellen schon dargetan. Markanter noch zeigt es sich auf einem anderen Gebiete: Als ich im November 1904 zur Leitung dieser Anstalt berufen wurde, da war diese belegt mit 645 Kranken und dazu kamen noch 25 Familienpfleglinge aus Looswitz, die alle 14 Tage zum Baden in die Anstalt kamen. Und für alle diese 670 Kranken standen insgesamt vierzehn Badewannen zur Verfügung einschließlich derjenigen, welche zur Dienstwohnung des Direktors gehörte; und heute sind in denselben alten, aber umgebauten Krankenhäusern 46 Badewannen vorhanden und in den Dienstwohnungen, sowie für allgemeinen Gebrauch der Beamten und auch der Familienpfleglinge noch 17 weitere Wannen, und wenn die neuen Gebäude hinzugerechnet werden, so sind insgesamt 128 Wannen zur Benutzung aufgestellt.

Ich muß es mir versagen, weiter auf Einzelheiten einzugehen, aber ich möchte meine Ausführungen, in denen ich versucht habe, Ihnen ein ungefähres Bild von der Entwickelung und gegenwärtigen Ausgestaltung unserer Anstalt zu geben, nicht schließen, ohne den herzlichsten Dank zum Ausdruck zu bringen an die vorgesetzte Behörde, welche es uns in hochherziger Weise ermöglicht hat, die Verbesserung und Vergrößerung der Anstalt den Anforderungen der Neuzeit entsprechend durchzuführen. Ich bitte dem Herrn Landeshauptmann Dank sagen zu dürfen für das Vertrauen, das er uns geschenkt hat, indem er uns den Versuch machen ließ, die alte Anstalt so umzuformen, daß ihre Leistungsfähigkeit den Vergleich mit einer Neuanlage aushalten kann, während doch gegenüber der Erstellung einer solchen für die gleiche Kopfzahl annähernd eine Million gespart werden konnte. Einen ganz besonderen Dank habe ich zu richten an unsern hochverehrten Herrn Landesbaurat Blümner, dessen schöpferisches Können sich wieder einmal glänzend bewährt hat und der gewiß seine Freude haben würde, wenn er die vielen freundlichen Urteile der Vorübergehenden mit anzuhören in der Lage wäre. Ich bin aber sicher,

daß ich in seinem Sinne handle, wenn ich neben ihm mit aufrichtigem Danke seines früheren Untergebenen, des Landesbau-Inspektors Ploke gedenke, welcher jetzt als Landesbaurat in Königsberg wirkt. Er hat mit wirklich unermüdlicher Geduld den vielfach gewiß nicht bequemen Ansprüchen und Wünschen der Direktion auf das bereitwilligste Rechnung getragen und wußte mit bewundernswerter Geschicklichkeit die Grundrißgestaltungen den dafür bezeichneten Sonderzwecken anzupassen. Ich kann wohl sagen, daß ein dauernd angenehmes Zusammenarbeiten mit den Herren von der Bauverwaltung geherrscht hat, sodaß ich Ihnen persönlich, die Herren Bauführer nicht ausgenommen, dafür aufrichtig verpflichtet bin. Andererseits aber hoffe ich, daß der Herr Baurat uns

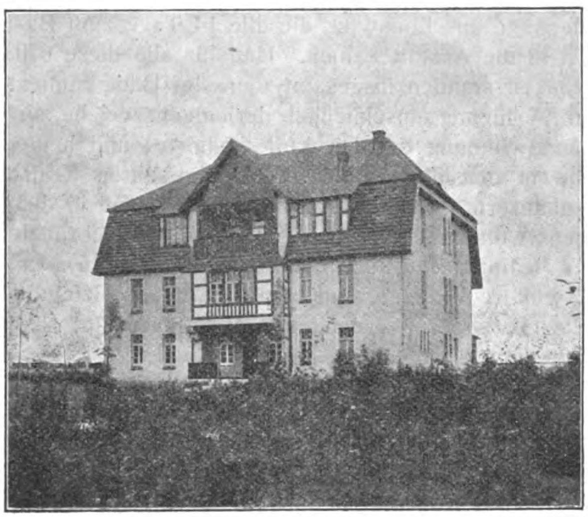


Abb. 5. Frauendorfhaus für 45 Kranke.

auch das Zeugnis ausstellen wird, daß, soweit wir es mit unseren durch den eigenen Betrieb ja stark in Anspruch genommenen Kräften nur irgend vermocht haben, wir der Bauverwaltung zur Verbilligung und Förderung bereitwillige Hilfsarbeit geleistet haben.

Und nun gestatten Sie mir den Dank auszusprechen meinen Mitarbeitern in der Anstalt, in erster Linie den ärztlichen Kollegen, welche in diesen schwierigen Übergangszeiten, auch bei Epidemien und ungeachtet der vielfach beklagten Knappheit der Hilfskräfte sich immer mit ganzer Person für ihre Aufgabe eingesetzt haben. Dank sage ich ferner dem gesamten Pflegepersonal, besonders den Oberpflegern, sowohl dem gegenwärtig in Dienst befindlichen Oberpfleger Hartwich, als auch dem zu meiner Freude hier anwesenden verdienten und treuen alten Oberpfleger Rätsch, und nicht minder der unverdrossen jederzeit auf dem Posten befindlichen Oberpflegerin Fräulein Göbel, auf deren in 14 Tagen bevorstehendes 25-jähriges Dienstjubiläum wir uns schon alle freuen. Ich danke ferner den Bureaubeamten, in erster Linie Herrn Rendanten Hain, der sich in der verhältnismäßig kurzen Zeit seines hiesigen Wirkens schon manche Verdienste besonderer Art erworben hat. Aber nicht nur er und die anderen Rechnungsbeamten haben sich in anerkennenswerter Weise der außerordentlichen Mehrarbeit unterzogen, sondern besonders erwähnen muß ich einen Beamten, der eine Stelle bekleidet, die, so wichtig sie ist, doch selten hervorgehoben zu werden pflegt, ich meine den Registrator Pawlowski, der infolge der enormen Vermehrung des Schreibwerks fast dauernd weit über die festgesetzten Bureaustunden hinaus tätig sein mußte, ohne je sich unmutig zu zeigen. Ganz besonders muß ich auch mit Dank der treuen Küchenvorsteherin Fräulein Schultze gedenken, welche leider durch ihre Pflicht hier ferngehalten ist. Auch unserm Wirtschaftsinspektor Höfig spreche ich den Dank der Anstalt aus. Er wird es gewiß nicht leicht empfunden haben, daß er so oft bei der ihm doch verbleibenden Verantwortung für den Fortgang seiner Arbeiten, sich der Gespanne und Anstaltskräfte beraubt sah zugunsten der Bauarbeiten. Rühmend hervorheben muß ich endlich auch den Gärtner Schnath, der in diesem Jahre mit der Neueinrichtung so vieler Gärten auf einmal wirklich viel geleistet hat. Und nun zum Schluß richte ich noch an den Herrn Dezernenten den Dank für sein Erscheinen und die ergebene Bitte um wohlwollende Beurteilung und um Nachsicht, wenn nach so vielen Jahren vermehrter Arbeit und unruhigen Betriebes manchmal die Spannkraft an der einen oder andern Stelle etwas nachlassen will, und ich bitte, uns mit Gewährung von Hilfen und Hilfskräften gelegentlich zur Seite stehen zu wollen, soweit die Verwaltungsgrundsätze dies irgend zulassen.

Möchte die Arbeit der Anstalt von Segen begleitet sein und möchte nach 50 Jahren unser Wille nicht schlechter befunden werden und möchten wir dann vor einer rückblickenden Kritik ebenso bestehen können, wie die Erbauer der Anstalt!

Die Gebühren für Vorbesuche bei Erstattung von schriftlichen Gutachten.

Das Königl. Oberlandesgericht zu Düsseldorf, das noch in einem Beschlusse vom 24. Februar d. J. „keine Veranlassung hatte, von seiner ständigen Rechtsprechung abzugehen" (s. Nr. 45 und 48 des 14. Jahrgangs dieser Wochenschrift), hat wahrscheinlich im Hinblick auf den **Erlaß des preuß.** Ministers des Innern vom 16. Mai, dem sich der Justizminister in einer allgemeinen Verfügung vom 31. Mai (Just.-Min.-Bl. S. 176) anschloß, nun doch in einem Beschluß vom 30. Juni seine Stellungnahme geändert.

Die Begründung dieses Beschlusses hat folgenden Wortlaut:

„Die Entscheidung über die Beschwerde hängt von der Beantwortung der Frage ab, ob unter den in Ziffer 17 Absatz 1 Satz 2 des Tarifs für die Gebühren der Kreisärzte erwähnten Vorbesuche auch Untersuchungen, die der Arzt in seiner Wohnung oder Anstalt vornimmt, inbegriffen sind. Der Senat hat diese Frage früher verneint, weil der bezeichnete Satz bei der Beratung des Tarifs in der Kommission des Abgeordnetenhauses nur deshalb eingeschoben worden ist, um dem Arzt eine Entschädigung für Zeitversäumnisse und Wege zu gewähren. Es ist bereits damals nicht verkannt worden, daß die Absicht der Kommission im Wortlaut des Tarifs nicht bestimmt zum Ausdruck gelangt ist.

Die Frage ist neuerdings in mehreren gerichtlichen Entscheidungen anders beantwortet worden. Es ist geltend gemacht worden, daß die Nr. 17 Absatz 1 ganz allgemein von den Gebühren zu 3 spricht, die zu der Gebühr in Nr. 13 für ein schriftliches, wissenschaftlich begründetes Gutachten hinzutreten. In Nr. 3 ist aber für Untersuchungen behufs Vorbereitung eines in einem Termine zu erstattenden Gutachtens eine Gebühr ausgeworfen, sowohl für die Untersuchung innerhalb der Wohnung und Anstalt des Arztes als außerhalb derselben und zwar im letzteren Falle eine höhere Gebühr. Hieraus wird der Schluß gezogen, daß auch im Falle der Ziffer 13 eine Untersuchung an Ort und Stelle besonders zu vergüten sei.

Für die Bejahung der Frage spricht auch noch der Umstand, daß in Ziffer 17 Absatz 1 ausdrücklich bestimmt ist, daß die in Ziffer 4 bestimmte Gebühr für die Akteneinsicht in der Gebühr zu 13 inbegriffen ist. Hätte auch die Vergütung für die Untersuchungen an Ort und Stelle inbegriffen sein sollen, so wäre es auffallend, daß dies hier nicht ebenfalls ausdrücklich ausgesprochen worden wäre. Es ist daher nicht ausgeschlossen, daß bei der Annahme des Tarifs im Plenum des Abgeordnetenhauses die ursprüngliche Absicht der Kommission nicht mehr maßgebend gewesen ist. Der Senat sieht sich daher veranlaßt, von seiner früheren Ansicht abzugehen und Vorbesuche auch in der Wohnung und Anstalt des Arztes für gebührenpflichtig zu erachten."

So wird denn nun wohl für sämtliche Oberlandesgerichtsbezirke in Preußen die Sache zu Gunsten der berechtigten Forderung der Anstaltsärzte entschieden sein. Peretti.

Mitteilungen.

— **V. Internationaler Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke in Moskau 1914, 8. bis 11. Januar.**

Der Generalsekretär des Organisationskomitees, Prof. Dr. Bashenoff, Moskau, versendet folgende Mitteilung:

Das russische Wegekommunikations-Ministerium bewilligt den Teilnehmern auf der Reise von jeder Grenzstation bis Moskau und zurück mit einer Karte zweiter Klasse einen Sitz im Wagen erster Klasse, mit einer Karte dritter Klasse einen Sitz im Wagen zweiter Klasse; bei der Lösung der Fahrkarte ist die Kongreßmitgliedskarte vorzuzeigen.

Das permanente internationale Komitee hat in seiner Zusammenkunft in Rom unter Vorsitz des Herrn Prof. Dr. Tamburini zunächst folgende Referatthemata aufgestellt:

1. Die Lehre von der Dementia präcox und der Entartung (N. Bashenoff, A. Marie).
2. Offene Abteilungen zur Behandlung der Deliranten außerhalb des Krankenhauses (van Deventer, Carswell).
3. Neue Methoden therapeutischer Behandlung der allgemeinen Paralyse (Wagner von Jauregg, Pilcz, Donath).
4. Die Entartung durch Alkoholvergiftung (Rubinovitch).
5. Kosmische Einflüsse in der Ätiologie gewisser geistiger Erscheinungen (A. Marie).
6. Chirurgische Eingriffe bei gewissen geistigen Affektionen (Delbet, Perriol, Poussep).

Die Namen der Herren Referenten sind nur provisorisch angegeben.

Kassierer des Organisationskomitees ist Herr Dr. Bounejeff, Moskau, Heilanstalt Preobrajensky.

Sämtliche Korrespondenz bezüglich Referate, Kommunikationsfragen usw. usw. sind an die Adresse des Sekretariats (Dr. Cettline, Moskau, Krasnosselskaja 3, zu richten.

Mit dem Kongreß wird auch eine psychiatrische Ausstellung verbunden sein.

Mitgliedsbeitrag: 10 Rubel gleich 20 Mark gleich 25 Francs gleich 1 Pfd. Sterling.

— **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Breslau** am 13. und 14. Mai 1913. Bericht nach Autoreferaten und nach dem offiziellen Bericht in Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, 70. Bd., V. Heft, ausgegeben am 23. VIII. 1913. (Fortsetzung.)

Diskussion:

William Stern (Breslau): Gewisse allgemeine Prinzipien können als wertvolle Bereicherungen der psychologischen Erkenntnis gelten, z. B. die Begriffe der Verdrängung und des Abreagierens, der Hinweis auf die selbständige, oft geradezu antagonistische Bedeutung des Unbewußten gegenüber dem Bewußten. Gegen die Einzelheiten und vor allem gegen die Art der Anwendung auf den einzelnen Fall (Deuterei, Symptomenriecherei) muß Protest erhoben werden. Die Psychoanalytiker Freudscher Richtung übertragen das Merkmal eines glücklicherweise nicht allzu verbreiteten Typus, die Hypertrophie von Sexualgefühlen und -gedanken, auf alle Menschen. Besonders bei der Auffassung und Behandlung des kindlichen Seelenlebens richten sie die größte Verwirrung an. Die Ergebnisse wissenschaftlicher Kinderforschung werden nicht beobachtet oder im Sinne der psychoanalytischen Begriffe ausgelegt. Allerdings ist für manche psychische Vorgänge, besonders der späteren Jugendjahre durch die Psychoanalyse der Blick geschärft worden, aber die psychoanalytischen Deutungen sind hierbei zum größten Teil, bei der früheren Kindheit fast durchgehends, absurdeste Phantasmagorien. Als Beispiele führt S. an Freuds „Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben" und Hellmuths Buch: Aus dem Seelenleben des Kindes; an einigen psychoanalytischen Deutungen demonstriert er deren Unrichtigkeit und Absurdität. Kinder, welche psychoanalysierenden Ärzten, Lehrern oder Eltern ausgeliefert sind, sind bedauernswert; wenn gar, wie es nach manchen Anzeichen scheint, Lehrer in größerem Umfange Freudsche Psychoanalyse treiben, so erwächst für die Jugend ein nicht abzuschätzender Schaden; hier wird Kinderschutz nötig. (S.s ausführliche Darstellung darüber in Zeitschrift für angewandte Psychologie Bd. VIII, Heft 1/2.)

Stransky (Wien) schließt sich im allgemeinen, namentlich in der Beurteilung der praktischen Konsequenzen der Freudschen Psychoanalyse, an Hoche an, geht aber in der Ablehnung der theoretischen Grundlagen der Psychoanalyse nicht so weit wie Hoche. Freuds Lehre hat die Wirkung gehabt, daß man sich mit dem Inhalt der seelischen Vorgänge wieder mehr befaßt, und hat manche wichtige Anregungen gegeben. Schrankenlose Deuterei, Verwechslung von Deutung und Beweis, ungeheuerliche Überschätzung des Sexuellen, von der auch Bleuler nicht ganz frei ist, sind die schlimmsten Verirrungen. Aus den Kontaminationen der Traumsprache, des Versprechens und der schizophrenen Entgleisungen werden alle erdenklichen Dinge herausgedeutet. Die Leistungen anderer werden konsequent ignoriert, vor der Kritik anderer schließt man sich konsequent ab.

Forster (Berlin) wendet sich gegen die Rolle, die von Freud den Affekten zugeschrieben wird, gegen die Nichtbeachtung der großen Kompliziertheit der Affekte, von denen Freud nur einen herausgegriffen habe.

Stegmann (Dresden), der sich als Anhänger Freuds erklärt, weist die Art, wie Hoche die Statistik über die Erfolge der Psychoanalyse aufgestellt, aufs schärfste zurück. Alle Beteiligten müssen beanspruchen, daß Namen und Daten bekannt gegeben werden bei den von Hoche berichteten gefährlichen und kompromittierenden Vorgängen. Freud empfiehlt den Patienten nicht Lektüre psychoanalytischer Schriften, sondern warnt davor. Auch rät er niemals zu geschlechtlichem Verkehr; wenn er es in einem Falle getan haben sollte, so werden ihn sicherlich besondere Gründe dazu bewogen haben, es für zweckmäßig zu halten. Es begegnen dem praktischen Nervenarzt nur wenige Patienten, welche sich für die Freudsche Psychoanalyse eignen; in diesen verwendet er, S., die Methode. S. warnt vor voreiliger Anwendung derselben. Der Arzt muß die Lehren Freuds kennen, auch wenn er sie nicht selbst anwendet, und sollte die Schriften Freuds lesen. Freuds Lehren stützen sich auf seine Erfahrungen.

Kraepelin (München): Das Gute in der Freudschen Psychoanalyse, welche K. ablehnt, stammt im wesentlichen von Janet. Das Verfahren hat bereits viel Unheil gestiftet. K. warnt vor seiner Anwendung auf das energischste. Es sprechen schon Zeichen für die vor sich gehende Zersetzung in der Freudschen psychoanalytischen Bewegung.

Weygandt (Hamburg): Durch Bleulers vermittelndes Referat erscheint vieles der enragierten Freud-Anhänger in versöhnlicherem Lichte. Nicht entschuldbar aber ist es, wenn Bleuler versucht, die Beweislast den Gegnern zuzuschieben und ihnen die Kritik zu verwehren, weil sie für ungelöste Probleme keine bessere Lösung haben. Freud heimst den Ertrag ein, nachdem Breuer — nach dem Vorgang von Franzosen, besonders Janet — die haltbareren Grundzüge der Psychoanalyse entworfen hat. Die experimentelle Psychologie ist keineswegs, wie ihr vorgeworfen wird, trocken und unfruchtbar, zumal seit Wundts Völkerpsychologie und seit die differentielle Psychologie und die Denkpsychologie hervorgetreten sind. Die psychoanalytische Richtung hat allerdings das Verdienst der Reaktion gegenüber der immer stärkeren Verhistologisierung und Verserologisierung der Psychiatrie und der geringeren Beachtung des psychischen Geschehens. Die Lehren von den unbewußten Vorstellungen, vom Abreagieren und von freischwebenden Affekten entbehren nicht der psychologischen Grundlage; genaue Selbstbeobachtung bestätigt dies durchaus. Die Wirkung der unterbewußten Sinnesreize im Traume ist sehr erheblich, in der Freudschen Traumlehre wird dies übersehen. Das Sexuelle wird überschätzt. Unter kritikloser Deutesucht und grober Mißhandlung aller Logik werden vage Möglichkeiten für notwendige Zusammenhänge ausgegeben.

Damit könnte man schließlich Wahnideen von Paralytikern psychoanalytisch deuten. Das therapeutisch Verwertbare in der Psychoanalyse erhebt sich nicht über das, was gewissenhafte Ärzte schon immer geübt haben, nämlich Erzielung einer gründlichen Aussprache des psychisch-nervösen Patienten über sein Leiden durch geschicktes Befragen. Z. B. der schlichte Landarzt Ibsens in dessen „Frau vom Meere" hat das schon lange vor Freud getan. Die grassierende Seuche, welche irritable Gemüter bedenklich beeinflußt, muß überwunden werden, aber nicht durch Warnungen, denn diese würden eher Reklame für den Freudianismus machen, sondern durch positive Leistungen, nämlich größere Berücksichtigung und tiefere Erforschung der rein psychischen Sphäre der Kranken von seiten der Psychiater und Nervenärzte, durch Arbeit in den psychologischen Laboratorien und durch engere Fühlung mit der modernen Normalpsychologie.

Weber (Chemnitz) verweist auf Marcinowskis Buch: „Der Mut zu sich selbst", durch welches die psychoanalytische Methode auch bei Laien bekannt werde.

H. Liepmann (Berlin): Die Freudianer geben Möglichkeiten für Wirklichkeiten, Denkbarkeiten für Notwendigkeiten; ihre logische Methodik ist geradezu ungeheuerlich; diese Methodik muß widerlegt werden; denn daß viele Behauptungen der Freudianer lächerlich anmuten, beweist zunächst nur den schroffen Kontrast zu den hergebrachten Ansichten, nicht aber ihre Unrichtigkeit, die erst zu beweisen ist. Die Wissenschaft wird durch das viele Irreführende und Verderbliche der Freudschen Psychoanalyse in gefährlicher Weise bedroht, der Weg strenger Forschungs- und Schlußmethode, dem Medizin und Wissenschaft ihre Blüte verdanken, ist von den Freudianern völlig verlassen; sie richten eine ganz verhängnisvolle Verwüstung des logischen und naturwissenschaftlichen Denkens an und führen die Nicht-Mediziner in gefährlicher Weise in die Irre. Dem muß mit aller Energie entgegengetreten werden. Verhängnisvoll ist besonders die Quaternio terminorum, d. h. die Verwendung desselben Ausdrucks in zwei Bedeutungen. Bei Übereinstimmungen in einer Hinsicht wird ohne weiteres Übereinstimmung in anderer Hinsicht oder völlige Übereinstimmung angenommen. Der Begriff der Sexualität wird in einem über den eigentlichen ursprünglichen weit hinausgehenden Sinne gefaßt.

O. Kohnstamm (Königstein i. T.) gibt seiner Verwunderung Ausdruck, daß sich Referate und Diskussionen nicht auf einem anderen Gleise bewegt haben: man habe doch wohl nicht beabsichtigt, über den Freudianismus zu Gericht zu sitzen mit Staatsanwalt und Offizialverteidiger; nach der Ankündigung mußte man annehmen, daß es sich um eine Diskussion über den Wert der Psychanalyse handle. Über den Modus prozedendi Freuds und seiner esoterischen Jünger seien die Akten schon vorher geschlossen gewesen; er sei selten nützlich, häufig schädlich, falsch in seinem Hypersexualismus, oberflächlich in seinen Verallgemeinerungen und Anwendungen auf alle die verschiedenen Gebiete, die nur bei geistiger Dunkeladaptation etwas Gemeinsames bekommen. Mit der Erotik verhalte es sich sogar gerade umgekehrt. Die Idealität ist nicht eine zufällige Sublimierung der Erotik, sondern im Gegenteil kann und soll in dem Liebesleben die dem Bios als Richtungslinie eingeprägte Idealität symbolische Gestalt gewinnen. Dies war der Sinn von Platos himmlischem und irdischem Eros.

Symbol ist im strengen Sinne des Wortes natürlicher, allgemeinverständlicher Gefühlsausdruck; die Freudsche Symbolik hat damit nichts zu tun.

Kohnstamm versteht unter Psychanalyse nicht den Freudianismus, sondern die psychologische Erklärung solcher seelischer Erscheinungen, deren psychologischer Zusammenhang dem verfügbaren Gedächtnis nicht ohne weiteres entnommen werden kann, und ihre Ableitung aus anderen seelischen Erlebnissen.

Symptom und Erlebnis zusammen bilden den Bleulerschen Komplex. Die Nichtverfügbarkeit (Impräsentabilität) des Komplexzusammenhanges kann auf seine pathogene Bedeutung hinweisen.

Kohnstamm hält es für unberechtigt und irreführend, die Unterbrechung des psychischen Zusammenhangs, wie es die Freudsche Schule tue, als Verdrängung zu bezeichnen. Der Prototyp solcher Unterbrechung sei die in Amnesie versenkte hpnotische Suggestion. Diese Amnesierung (Dissoziation) tritt auf: durch eigentliche hypnotische Suggestion, durch akute psychische oder physische Traumen, durch Affekte und durch planmäßige Zielerstrebung. Nur die letztere ist „Verdrängung"; sie kommt vor bei sogenannten hysterischen Dämmerzuständen. Amnesierung (Dissoziation) kann mit eigentlicher Hysterie, d. h. mit nosophilem Gesundheitsgewissen zwar verbunden sein, braucht es aber nicht.

Produkt der Amnesierung kann ein eigentlicher Dämmerzustand sein oder ein einzelnes Symptom, das über die Bewußtseinsschwelle ragt und dessen Ursprung die Psychanalyse klarzulegen strebt.

Lösung der Amnesierung kann erfolgen durch Hypnose, der Freudschen Methode bedarf es nicht. In wachem Zustande amnesierte Symptome aufzuklären, gelingt gelegentlich. Bei der hypnotischen Form der Psychanalyse, wobei jede Suggestion ausgeschlossen ist, zeigt sich die tatsächliche Existenz eines großen Teils der Freudschen Mechanismen. Diese Methode wurde bereits von P. Janet angewandt (automatisme psychologique 1889, S. 439, in P. Janets Etat mental des Hystériques 2. Bd. Paris 1894), später von Breuer-Freud, Oskar Vogt und L. Frank.

Auch Träume bieten, ähnlich wie die hypnotische Psychanalyse, häufig ohne jede Deutung brauchbares Material.

Kohnstamm tritt für das Vorkommen der Freudschen Mechanismen ein, betont aber nochmals die von Hoche hervorgehobenen Fehlerquellen und die Gefährlichkeit der eigentlichen Freudschen Methode, vor allem ihrer unterschiedlosen Anwendung. Der zur Am-

nesierung neigenden Patienten sind wenige. Bei nicht dissoziablen Personen sind für Erzeugung amnesierter Symptome enorme traumatische oder affektive Einwirkungen Voraussetzung. Die dissoziable Anlage ist häufig mit künstlerischer verbunden und mit hoher Entwickwicklung von ethischem Gefühl und von Intelligenz, im Gegensatz zur Hysterie. Bei der tiefgehenden Wirkung der Amnesierung bei Psychoneurotikern ist sie geeignet bei schizophrenem Gehirn katathym bedingte Symptome im Sinne Bleulers hervorzurufen, wenigstens in manchen Fällen.

Die großen auf anderem Wege nicht erreichten Erfolge der hypnotischen Psychanalyse bei manchen, nicht häufigen, Fällen von Amnesierung sind nicht rein suggestiv zu erklären. Kohnstamm hatte Gelegenheit bei mehreren Patienten den Erfolg bei hypnotischer Suggestion und bei hypnotischer Psychanalyse zu vergleichen. Er teilt einen solchen Fall mit. Dabei zeigt sich, daß der Hauptteil an der Heilwirkung der durch die hypnotische Psychanalyse erreichten Wiederherstellung der psychischen Synthese zukommt, wobei die Amnesierung beseitigt wird.

Für fraglich hält Kohnstamm die Bedeutung der Abreagierung der Affekte, wenn auch die verschiedenen Formen der Beichte vielen gesunden und kranken Menschen gut bekommen.

Bei dem einen, ausführlicher mitgeteilten Falle, der durch hypnotische Psychanalyse aufgeklärt und geheilt wurde, zeigte sich, daß selbst verhältnismäßig gleichgültige Erlebnisse manchmal durch bloße Imitation amnesiert wurden, umgekehrt gerade die tiefsten, lebenswichtigsten Eindrücke nicht. Bei dieser Patientin war die ganze Komplexpsychologie zu studieren. Kohnstamm wird diesen Fall später ausführlich veröffentlichen. Wichtig für die Theorie der Amnesierung und sogenannten Verdrängung ist, daß dasselbe Erlebnis sowohl in der „heteropsychischen" („schizothymen") Form des Dämmerzustandes erlebt, als auch „präsentipsychisch" („homoiopsychisch") im Wachzustande erinnert wird (vergl. Kohnstamm: „System der Neurosen", Ergebnisse der Inneren Medizin und Kinderheilkunde, S. 402 ff.)

Kohnstamm hofft, mit seinen Ausführungen bewiesen zu haben, daß mit der Verwerfung des orthodoxen Freudianismus die Anerkennung der eigentlichen Psychanalyse einhergehen kann und muß.

Bleuler (Zürich) — Schlußwort: B. könnte recht vieles, was Hoche angeführt hat, unterschreiben, hätte aber allerdings einiges hinzuzufügen, und möchte einiges anders auffassen. Die psychanalytische Literatur stellt in der Tat recht vieles Problematische als sicher hin. Das geschieht aber auch andernorts. In einer neuen Methodik wird es am leichtesten vorkommen. In der psychanalytischen Literatur ist es aber besonders auffallend.

Jedoch besteht gar nicht die ganze psychanalytische Literatur aus Denkfehlern; recht vieles und wichtiges hält einer Prüfung stand und ist richtig.

Bei der Psychanalyse stehen Arzt und Kranker gar nicht immer im Banne gleicher Ideenkreise, z. B. bei den meisten schizophrenen Patienten nicht.

Das Ergebnis einer Analyse steht keineswegs immer im Voraus fest; die Hauptrichtung ist meistens ganz unbekannt. Bleuler hat selbst lange nicht an die große Bedeutung der Sexualität geglaubt und wollte die Unrichtigkeit der Freudschen Aufstellungen beweisen; aber die Patienten selbst belehrten ihn eines Besseren.

Daran, daß bei den Psychanalytikern, wie Hoche ihnen vorwirft, eine Art Gegenseitigkeitsversicherung bestehe, ist, wenigstens für die letzte Zeit, etwas Wahres; aber eine solche ist vielleicht nicht einmal in Kreisen, die nicht von außen befeindet und abgegrenzt werden, etwas so Ungewöhnliches.

Er, Bleuler, ist weit davon entfernt, alle Beweislast den Gegnern zuzuschieben. Es müsse aber bei einzelnen Einwänden geschehen, z. B. wenn die Gegner behaupten, man könne die Symptome der Paralyse in gleicher Weise deuten wie die einer Dementia präkox oder wie einen Traum.

Freud selbst rät ab, dem Patienten die Lektüre psychanalytischer Schriften oder außerehelichen Koitus zu therapeutischen Zwecken zu empfehlen. — Man darf nicht alle Psychanalytiker für die Fehler der einzelnen verantwortlich machen. Bleuler selbst läßt sich keine andere Verantwortlichkeit zuschieben als für diejenigen Ansichten, die er in seinem Referat vertreten hat. — Die Unterschiede in den Auffassungen — das hat sich aus der Diskussion ergeben — sind nicht so prinzipiell wie es anfangs schien. An den psychanalytischen Theorien ist Richtiges und Falsches und in der psychanalytischen Praxis kommt Gutes und Falsches vor.

Während Hoche und einige Andere des Falschen wegen die ganze Psychoanalyse über Bord werfen möchte, möchte Bleuler sie des Richtigen wegen erhalten und nach und nach von dem Unrichtigen reinigen.

Hoche (Freiburg) — Schlußwort: Nach den Äußerungen in der Diskussion wie nach den mimischen Ausdrucksbewegungen in der Versammlung ist das Ergebnis eine geschlossene Ablehnung der Freudschen Lehre und der psychoanalytischen Bewegung mit Ausnahme von Stegmann. Für das, was er in seinem Referat gesagt hat, wird Hoche in der ausführlicheren Veröffentlichung Belege geben, soweit die ärztliche Schweigepflicht es gestattet. Hoche hat nicht etwa nur die Schriften Freuds, sondern überhaupt alles, was die Sekte literarisch hervorgebracht hat, gelesen, soweit es ihm irgend erreichbar gewesen ist.

Hoche spricht Bleuler sein Beileid dazu aus, daß dieser, wie er vorhin berichtet habe, aus einer psychoanalytischen Vereinigung ausgeschlossen worden ist, um so mehr als er es auch in der gegenwärtigen Versammlung bei der Diskussion nicht gut gehabt hat. Das ist das Schicksal eines zwischen zwei Lagern Stehenden. Bleulers Leitsätze würde man in Deutschland, wenn es sich um ein politisches Programm handelte, ihrer Art nach als „nationalliberal" bezeichnen. Nicht nur er, Hoche, sondern sicherlich die Mehrzahl der Anwesenden halten ihn, Bleuler, für in hohem Maße verantwortlich — nicht im juristischen, sondern im moralischen

Sinne — für das Blühen der psychoanalytischen Bewegung. Bleuler ist das „Renommierstück" der Sekte. Auf seinen wissenschaftlichen Kredit hin, den Bleuler von früher her genießt, wird vieles an den Lehren in einer Weise behandelt, wie es sonst sicherlich nicht geschehen wäre. Hoche zweifelt gar nicht daran, daß Bleuler in seiner näheren und ferneren Umgebung in der Schweiz sehr vieles bessern könnte, wenn Bleuler sich entschließen würde, mit einem autoritativen Donnerwetter zwischen die psychoanalytischen Geistlichen und Pädagogen zu fahren. Hoche möchte Bleuler diese Bitte mit aller Dringlichkeit ans Herz legen.

Ausführliche Veröffentlichung des Referats Bleuler's: „Über die Bedeutung der Psychoanalyse" in Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, des Referats Hoche's im Archiv für Psychiatrie.) (Fortsetzung folgt.)

Referate.

— Bloch, B.: Die allgemein-pathologische Bedeutung der Dermatomykosen. Halle a. S., 1913. Verlag von Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. Preis 3 M.

Seit den bekannten Studien Sabourauds und seiner Schüler hat das Gebiet der Dermatomykosen eine ungeahnte, in praktischer und theoretischer Hinsicht gleich wertvolle Bereicherung erfahren. Eine klare systematische Zusammenstellung dieser Ergebnisse gibt der auf diesem Gebiete erfahrene Verf. Im ersten Abschnitt werden Einteilung und Klinik, soweit sie allgemeinpathologisches Interesse bieten, erschöpfend behandelt, im zweiten bedeutenderen Teile wird die pathologische Physiologie spez. der Trichophytie dargestellt. Ein einmaliges Überstehen einer experimentellen Trichophytie hat beim Menschen wie beim Meerschweinchen eine Umstimmung der Haut zur Folge, die sich bei einer erneuten Infektion als rasch einsetzende, mehr oder minder abortiv verlaufende spezifisch-allergische Entzündung äußert und als Resultat die Haut vor einer typischen neuen Trychophythieerkrankung bewahren, sie also immun machen kann. Jödicke-Stettin.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Breslau.** Landesbaurat Blümner in Breslau wurde zum Geheimen Baurat ernannt.

BERICHTIGUNG.

zu dem Vortrage über die **„Zweckmäßige Größe der Anstalten für Geisteskranke"** (Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift XV, Seite 150).

Der Gefertigte wird ersucht, die Gestehungskosten pro Bett für die Anstalten Wiesloch und Emmendingen nach den neuesten Berechnungen bis Ende 1913 berichtigen zu wollen. Die Berechnungen, die dem Vortrage zugrunde lagen, stammten aus einem Rundschreiben aus dem Jahre 1911. Nach den Berechnungen im Jahre 1913 stellen sich die Baukosten für Wiesloch pro Bett auf 6094 Mark, das ist 7,312 Kronen (im Vortrage 7336 K.), für Emmendingen pro Bett auf 5942 Mark, das ist 7130 Kronen (im Vortrage 4981 K.)

Dr. Starlinger.

Therapeutisches.

— **„Kufeke" bei Erwachsenen.** Von Dr. med. Bruck, Spezialarzt für innere Medizin, Berlin. „Fortschritte der Medizin", Halle a. S., 30. Jahrg., Nr. 29.

Verfasser hat das „Kufeke" bei Erwachsenen geprüft: 1. analog der Therapie bei Kindern als Nährmittel bei akuten und chronischen Magendarmerkrankungen, 2 als Roborans bei Personen, deren allgemeiner Ernährungszustand zu wünschen übrig ließ, also bei Rekonvaleszenten nach schweren Krankheiten und bei an sich unterernährten Personen überhaupt.

Die Tauglichkeit des „Kufeke" bei Magendarmaffektionen Erwachsener prüfte Verfasser bei der Hitze des Sommers 1911, wo er nicht nur die leichten Fälle beobachtete, die mit Appetitlosigkeit, Magendruck, mäßigen Durchfällen, Kopfschmerzen und allgemeiner Abgeschlagenheit einhergehen und bei einigermaßen vorsichtiger Diät in kurzer Zeit von selbst heilen, sondern auch — besonders bei schwächlichen Erwachsenen —, Fälle welche ähnlich wie bei Säuglingen unter schweren Erscheinungen verlaufen: Profuse, fast choleraartige Durchfälle mit Schüttelfrost und Muskelkrämpfen, unstillbares Erbrechen mit kolikartigen Schmerzen hoher Intensität, hohe Pulsfrequenz mit weit über 100 Schlägen.

Durch die bei der üblichen Therapie mit Calomel, Opium, Wismuth- und Tanninpräparaten sonst angewandte mehr oder minder schroffe Hungerdiät wird der Patient, der schon durch die Durchfälle geschwächt ist, noch hinfälliger. Verfasser versuchte deshalb in einer Anzahl verschiedenster Fälle 1. zunächst möglichst ohne Medikament auszukommen, besonders bei leichteren Fällen, 2. unter Beiseitelassung der schroffen, kraft- und saftlosen Hungerdiät mit der Verabreichung von „Kufeke"-Suppen und „Kufeke"-Brei die Heilung zu erzielen und hatte ganz entschieden einwandfreie, gute Resultate, so daß nach wenigen Tagen meist medikamentloser Behandlung und hauptsächlich mit „Kufeke" durchgeführter Ernährung der Magendarmkatarrh verschwunden war, der Magen ohne jede Gefahr wieder seine gewohnte Nahrung aufnehmen konnte und die Entleerungen regelmäßig in gehöriger Zahl und Konsistenz erfolgten.

Bei einem 54 jährigen Hafenbeamten, der seit 4 Tagen 8 bis 9 Durchfälle pro Tag, Schwindel, Kopfschmerzen, Brennen vom Magen aufwärts durch die Speiseröhre und dauernde Übelkeit mit Brechreiz hatte, erfolgte ohne Medikament nach 4 Tagen durch „Kufeke"-Suppe, lau, zuerst 5 bis 6 Eßlöffel, später einen Teller voll, völliges Schwinden der Beschwerden, so daß der Dienst wieder aufgenommen werden konnte. Nach der Heilung nahm der schwächliche Patient dann durch „Kufeke", das sein Hauptnahrungsmittel war, in der ersten Woche 1½, in der zweiten und dritten je 1¾ Pfund an Gewicht zu.

Bei einem 20 jährigen Kontoristen mit 10 bis 12 profusen Durchfällen pro Tag und außerordentlich schmerzhaften Anfällen kolikartiger Natur mit schleimigem Erbrechen sistierten bei 3 mal täglich 8 Tropfen Tinct. opii. simpl. und „Kufeke"-Suppe, kalt, ohne Milch, die Durchfälle nach 2 Tagen, die Kolikanfälle nach 4 Tagen, so daß vom 5. Tage an „Kufeke" auch mit Milch, warm, gut vertragen wurde.

Zwei Hafenarbeiter, welche seit 2 Tagen hochgradige Übelkeit, Erbrechen und 7—8 Durchfälle pro Tag hatten, sowie kolikartige Schmerzen, verloren das Erbrechen am 2., die Durchfälle am 3. Tage, nachdem laue „Kufeke"-Suppe in kleinen Mengen gereicht worden war.

Ein 22 jähriger Handlungsgehülfe mit starken Kolikschmerzen, Schleimerbrechen und zahllosen, heftigen Durchfällen bekam zweimal 15 Tropfen einer 1 % Morphiumlösung und neben Eispillen kalte, sehr dünne „Kufeke"-Suppe teelöffelweise. Vom 2. Tage an, wo sich die Schmerzen legten und nur noch 5 Durchfälle auftraten, bekam er größere Mengen „Kufeke"-Suppe; am 4. Tage war der Stuhl normal, so daß er am 5. Tage schon Milch zur „Kufeke"-Suppe vertragen konnte.

Diese Fälle von Gastroenteritis acuta zeigen, wie gefällig und wirksam sich „Kufeke" bei solchen Erkrankungen dem Organismus gegenüber verhält und wie völlig reizlos es sich im Gegensatz zu Milch-, Reis-, Gries- und Sagoschleimdiät der Darmschleimhaut anschmiegt.

Verfasser verwandte ferner das „Kufeke" als Stärkungsmittel wegen allgemeiner Körperschwäche und Gewichtsabnahme, speziell nach schweren Erkrankungen.

Eine 22 jährige Verkäuferin, welche 8 Wochen wegen Magengeschwür schwer erkrankt, durch starke Blutungen und intensive Schmerzen sehr geschwächt war und 19 Pfund an Körpergewicht verloren hatte, vertrug „Kufeke" mit Milchsuppe sehr gut und nahm trotz des hinfälligen Zustandes in 4 Wochen insgesamt 7¼ Pfund zu.

Eine 27 jährige Fabrikarbeiterin, welche infolge von Gesichtserysipel stark abgenommen hatte, bekam „Kufeke" neben Eisen und Arsen und wies nach 3 Wochen

Stellengesuche.

Kgl. Heilanstalt Weinsberg, Württembergische Staatsirrenanstalt

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Anfangsgehalt neben freier Wohnung 2400 M, jedes Jahr 100 M mehr bis zu 3600 M. Einsetzung in höhere Gehaltsstufe möglich. Für Verköstigung werden 500 M vom Gehalt einbehalten. Pensionsberechtigung nach der üblichen Wartezeit. Bewerbungen mit Approbation, Lebenslauf und etwaigen Zeugnissen nimmt entgegen **die Direktion.**

ine Wiederherstellung des Appetits sowie eine Gewichtszunahme von 6 Pfund auf.

Ein 29 jähriger Maurer, der infolge von schwerem elenkrheumatismus $^{1}/_{4}$ Jahr gelegen hatte und erschreckend abgemagert war, aß neben der gewöhnlichen Nahrung täglich bis zu 5 Tellern „Kufeke"-Suppe und nahm dabei in 4 Wochen 15 Pfund zu.

In 9 weiteren Fällen bei unterernährten, bleichsüchtigen Mädchen im Alter von 16—28 Jahren, die teilweise Herzfehler, teilweise Menstrualstörungen hatten, erzielte Verfasser durch „Kufeke" stets Besserung des Allgemeinbefindens und mehr oder weniger erhebliche Gewichtszunahme.

Bei keinem Fall zeigte sich ein Widerwillen gegen die Darreichung des „Kufeke", obwohl es aus pekuniären Gründen nur als Suppe oder Brei mit oder ohne Milchzusatz gegeben werden konnte.

Hervorragende Auszeichnung der Weck'schen Konservengläser etc. auf der Genter Weltausstellung!

Die weltbekannte Firma J. Weck, G. m. b. H. in Öflingen in Baden, hat für die von ihr auf der Weltausstellung in Gent ausgestellten Konservengläser und Sterilisierapparate 2 Grands prix erhalten. Diese hervorragende Auszeichnung zeigt um so mehr die Überlegenheit der Erzeugnisse obengenannter Firma, als kein Fabrikat der Branche auch nur durch einen Grand prix ausgezeichnet worden ist.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Gemüts- und Nervenkranke zu Endenich, Bonn

Am Fuße des Kreuzberges gelegen. Vom Bahnhof Bonn in 10 Min. mit der elektr. Bahn zu erreichen. Gegr. 1844. 10 Morgen großer Park. Ärzte: Geh. Sanitätsrat **Dr. Oebeke und Dr. von der Helm;** außerdem 1 Assistenzarzt. — Fernsprecher Bonn 1358. Prospekte vers. **Dr. von der Helm, Bonn-Endenich.**

Sanatorium Waldfrieden

Ziegenhals (Schles.)

für **Nervenkranke, Entziehungskuren** (Morph., Alc.) **Zweiganstalt mit mässigen Preisen.** Psychotherapie, Anleitung zu gesundheitsfördernder Beschäftigung. Alle physikalischen Heilmittel. **Dr. Jirzik.**

Heilanstalt Thonberg

(Leipzig) **für Gemüts- u. Nervenkranke.** Nahe Leipzig a. d. Höhe geleg., ländl. u. zugleich komfortabel, mit schatt. alt. Park u. wohlgepflegt. Gärten, reichl. Wasserversorg., eigen. Quellen, einer zentr. Gebäudegruppe und mehr. Villen, dabei das **Landhaus Marlabrunn.** Zahlr. Salons u. bedeckte Zwischengänge. Eig. Andachtskapelle. Alle Mittel für Kur u. Bequemlichk., für Beschäftigung u. Zerstreuung i. Hause. Equipag. Entfern. v. Leipzig per elektr. Bahn 12 Min. Telefon 1246. Näheres d. Prospekte. Hofrat Dr. Lochner.

Neufriedenheim bei München

Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke

Alkohol- und Morphium-Entziehungskuren. Mit großem Komfort, zugleich aber gemütlich eingerichtete, in großem alten Park gelegene Anstalt. Alle Kurmittel, 3 Ärzte.

Hofrat **Dr. Ernst Rehm,** leitender Arzt und Besitzer.

Sanatorium von Dr. Th. Brunner

Küsnacht am Zürichsee.

Aufnahme von **Nerven-** und **Gemütskranken, Morphium-** und **Alkoholentziehungskuren.** Prächtige Lage mit ausgedehnten Gartenpromenaden am Seeufer. Mehrere Häuser. Illustrierte Prospekte mit Referenzen zu Diensten.

Dr. med. Th. Brunner.

Lewaldsche Heilanstalt

Geg. 1879 **Obernigk bei Breslau.** Tel. Nr. 1

1. **Sanatorium** für Nerven- und Gemütskranke,
2. **Villa Ziska, Kurpension** für Erholungsbedürftige.

Näheres durch illustr. Prospekt.

Leitender Arzt und Besitzer **Dr. Loewenstein.**

Dr. Facklam's Sanatorium

Bad Suderode am Harz.

Offene Kuranstalt für Nervenleidende und Erholungsbedürftige. Das ganze Jahr besucht. Zentralheizung. Elektrisches Licht.

Prospekte durch den leit. Arzt Dr. **Facklam,** Nervenarzt.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Die Anstaltsfürsorge für körperlich, geistig, sittlich und wirtschaftlich Schwache im Deutschen Reiche in Wort und Bild.

Soeben erschien die V. Abteilung:

Deutsche Blindenanstalten

Herausgeber:

Kgl. Schulrat **I. Matthies,**

Direktor der Kgl. Blindenanstalt in Steglitz bei Berlin.

Umfang XII und 459 Seiten. Auf matt Kunstdruck. — Mit 426 Abb., Grundrissen und Plänen.

In Halbleder geb. 14,— M.

Von dem Gesamtwerke: „Die Anstaltsfürsorge für körperlich geistig, sittlich und wirtschaftlich Schwache im Deutschen Reiche in Wort und Bild" erschienen bisher:

II. Abteilung. Deutsche Lungenheilstätten. Herausgeber: Prof. Dr. Nietner, Generalsekretär des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Berlin. X u. 456 S. auf Kunstdruckpapier. Mit 429 Abbildungen, Grundrissen und Plänen. Preis in Halbleder geb. M. 18,—.

III. Abteilung. Heim-, Heil- und Erholungsanstalten für Kinder i. Deutschland. I. Band. Herausgeb.: Prof. Dr. A. Keller, Berlin. XII und 459 Seiten auf Kunstdruckpapier. Mit 426 Abbildungen, Grundrissen und Plänen. Preis in Halbleder geb. M. 18,—. (Zweiter Band in Vorbereitung.)

VII. Abteilung. Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke. Herausgegeb. v. Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben i. Schles. 2 Bände in Halbleder gebunden M. 47,—.

VIII. Abteilung. Deutsche Anstalten für Schwachsinnige, Epileptische und psychopath. Jugendliche. Redigiert von Dir. Pastor Stritter und Oberarzt Dr. Meltzer. In Halbleder geb. 14,— M.

IX. Abteilung. Deutsche Fürsorge-Erziehungsanstalten. Bd. I. Herausgegeben von Direktor Pastor Seiffert, Strausberg i. Mark. In Halbleder gebunden M. 30,—.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 25. 20. September. **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Erfahrungen mit Sedobrol bei der Behandlung der Epilepsie. Von Oberarzt Dr. Schott, Stetten i. R. (S. 295.) — Beiträge zur pathologischen Anatomie der Dementia präcox. Von Prof. Dr. A. Alzheimer, (S. 301.) — Mitteilungen (S. 302): Hauptversammlung des Österr. psychiatr. Verbandes in Görz. Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie zu Breslau. Fortsetzung. — Anstaltstechnisches (S. 305)

Erfahrungen mit Sedobrol bei der Behandlung der Epilepsie.

Von Oberarzt Dr. **Schott,** leit. Arzt der Heil- und Pflegeanstalt Stetten i. R.

Nach den ermutigenden Erfahrungen, welche Dr. A. Ulrich, ärztl. Vorstand der Züricher Epileptikeranstalt, mit Sedobrol-Roche gemacht hat, entschloß sich Verfasser dieses am 1. Juli 1912 eine Versuchsreihe an hiesiger Anstalt aufzustellen.

Herr Dr. Ulrich, der Erfinder des Sedobrol, war so liebenswürdig nach Stetten i. R. zu kommen und über alles eingehend zu berichten und uns zu beraten. Seinem Vorschlage gemäß wurden zunächst nur weibliche Epileptische zum Versuche herangezogen, da erfahrungsgemäß im Verlaufe der Kur Erregungszustände nicht zu den Seltenheiten gehören sollten. Diese Vorhersage hat auch hier ihre Bestätigung gefunden. Es wurde bei fast durchweg älteren Kranken das Mittel versucht, und zwar bei im ganzen 12, von denen jetzt die Beobachtung eines Jahres zur Verfügung steht. Wer zahlreiche Krankengeschichten von Epileptikern durchgeblättert hat, muß zugeben, daß eine einjährige Beobachtung bei dem außerordentlich langwierigen Verlauf der Epilepsie eine recht kurze Spanne Zeit darstellt und daß es gewagt ist, auf Grund einer derartigen Beobachtung weitergehende Schlüsse zu ziehen. Wenn Verf. sich trotzdem berechtigt fühlt, seine Erfahrungen den Fachgenossen zu unterbreiten, so leitet ihn dabei der Gedanke, eine recht vielfache Nachprüfung des Mittels anzuregen und im Laufe der Zeit dadurch eine große Summe von Einzelerfahrungen zu erzielen, welche dann in der Zukunft gewisse Richtlinien für die erfolgreiche Behandlung der Epilepsie aufzustellen erlauben werden.

Der große Vorteil der Sedobrolverabreichung besteht einmal darin, daß das Mittel infolge seiner Zusammensetzung gern genommen und damit die so notwendige Dauerbehandlung gewährleistet wird. Einen weiteren Vorzug bildet die Art der Verabreichung in ungesalzener Suppe bezw. in einer Tasse heißen Wassers. Unsere mit Sedobrol behandelten Kranken genossen im übrigen dieselbe Kost wie die anderen Epileptiker, d. h. eine alkohol- und koffeinfreie, blande, mehr vegetabilische als animalische. Auf Regelung der Verdauung und sorgsame Mundpflege wurde besonders geachtet.

Die behandelten Fälle sind kurz skizziert folgende:

1. **K. B. aus S.** geb. 1860, 52 Jahre alt, ledig, seit 1889 in der Anstalt. Von erblicher Belastung ist nichts bekannt. Von früheren Erkrankungen sind nur Masern erwähnt. Erster Anfall ohne nachweisbare Ursache im 8. Lebensjahre. In den ersten Jahren nur Schwindelanfälle, Krampfanfälle erst seit dem 17. Lebensjahre. Eintritt der Menses im 12. Lebensjahre, in der Folgezeit regelmäßig, alle drei Wochen. Menopause seit Januar 1906. In den letzten 10 Jahren durchschnittlich 105 epileptische Zustände (Anfälle + Schwindel, welch letztere überwiegen) im Jahr. 6 g Ka. br. im Tag; diese Dosis wurde in den letzten 3 Jahren bis auf 3 g herabgesetzt. Ein Einfluß der Menopause auf die Anfälle war nicht ersichtlich. Juni 1911 bis Juli 1912 wurden bei 3 g Ka. br. 20 Anfälle und 76 Schwindel beobachtet, während in demselben Zeitraum 1912/13 bei 4 Tabletten Sedobrol = 4,4 Na. br. 5 Anfälle und 15 Schwindel in Erscheinung traten. Es ergibt sich daraus eine Besserung der Anfälle um 75% und der Schwindel um 80%. Neigung

zur Verstopfung war hin und wieder zu bekämpfen; die zeitweise auftretende Reizbarkeit erschien mitunter gegen früher verstärkt. Das Körpergewicht ist von 73 auf 71,5 kg zurückgegangen. Die Kranke erhält noch weiterhin Sedobrol, und zwar zurzeit 3 Tabletten täglich. Das derzeitige Befinden ist recht befriedigend. Dauer der Epilepsie 44 Jahre, mäßige Demenz.

2. **S. E. aus K.**, geb. 1893, 20 Jahre alt, ledig, vom 8. Mai 1908 bis 21. September 1909 zum ersten Male und seit 4. Januar 1910 zum zweiten Male in der Anstalt. Vater Alkoholiker. Auslösendes Moment der epileptischen Anfälle soll ein heftiger Schrecken gewesen sein im Jahre 1904. Gegen die Anfälle wurde außerhalb der Anstalt homöopathisch ordiniert. Im Jahre 1908 wurden täglich 5 g Ka. br., im Jahre 1909 4--5 g Sabromin ohne nachhaltigen Erfolg verabreicht. 1910/11 kam 1/2 Iahr lang Extr. Simulo fluid. compos. zur Anwendung, ebenfalls ohne Dauerergebnis. Mehrfach kamen gehäufte Anfälle mit nachfolgender Verwirrtheit vor; auch sonst wurden dämmerhafte Zustände beobachtet und geistiger Rückgang war unverkennbar. In den gleichen Zeiträumen 1911/12 und 1912/13 ergab sich das Verhältnis von 143 (8) : 10 (0) bei 4 Tabletten Sedobrol täglich, so daß wir bei den Anfällen eine Besserung von 93% und bei den Schwindeln von 100% verzeichnen können. Ständige Beziehung der Anfälle zu den Menses ist nicht nachweislich. Die Menses treten unregelmäßig ein. Im Laufe des Beobachtungsjahres wurde eine Gewichtsabnahme von 1 kg festgestellt. Verwirrtheitszustände mit depressiver Färbung treten jetzt noch auf und scheinen keine wesentliche Änderung gegen früher erfahren zu haben. Gehäufte Anfälle wurden nicht beobachtet. Die Kranke ist auf Grund der früher gemachten Erfahrung als „bromempfindlich" anzusehen. Es wird mit Verabreichung von Sedobrol fortgefahren; die derzeitige Gabe beträgt 3 Tabletten im Tage.

Dauer der Epilepsie 9 Jahre; mäßige Demenz.

3. **M. E. aus K.**, geb. 27. Mai 1891, 22 Jahre alt, ledig, aufgenommen 29. Septbr. 1910. Eltern blutsverwandt. Mutter an Tb. gestorben. Mittlere Schülerin. Von früheren Erkrankungen ist nichts bekannt. Seit dem 6. Lebensjahre epileptische Anfälle ohne bekannte Ursache. Intellektuell keine erhebliche Abnahme, wohl aber Charakterdepravation. Reizbar, empfindlich und lügnerisch. Erhöhte Reflexe, leichte Struma. 1911/12 bei 6 g Ka. br. wurden 2 Anfälle und 31 Schwindel beobachtet, 1912/13 bei 4 Tabletten Sedobrol 6 Anfälle und 18 Schwindel. Die Zeiten der reizbaren Verstimmung haben im Laufe des Beobachtungsjahres an Intensität eher zu- als abgenommen. Die Anfälle erfuhren eine gewisse Steigerung, die Schwindel eine bemerkenswerte Abnahme. Die Menses haben im Laufe der Anstaltsbehandlung des Öfteren ausgesetzt, ohne eine merkbare Steigerung der Schwindel und Anfälle im Gefolge zu haben. Dauer der Epilepsie 15 Jahre. Gewichtabnahme 5 Pfund. Sedobrol wird weiter gegeben.

4. **C. F. aus S.**, unehel. geb. 30. Oktober 1876, seit Jahren in ambulanter Behandlung der Anstalt, aufgenommen 22. April 1912. Vater Trinker. Mutter an Nervenleiden gestorben. Im Alter von einem Jahre Hirnentzündung, mit 6 Jahren Scharlach mit Nephritis. In der Folgezeit angeblich mehrfach nervenleidend. In der Schule gut gelernt. Im Alter von 13 Jahren erster epileptischer Anfall ohne nachweisbare Ursache. Eintritt der Menses mit 15 Jahren. Seit ca. 15 Jahren regelmäßig Brom genommen und gut vertragen. In den letzten Jahren zeitweise verwirrt; unverkennbare Charakterentartung. Vitium cordis. Mehrfache Entartungszeichen. Urin dauernd frei von Eiweiß.

1911/12 bei 6,0 Ka. br. 24 Anfälle und 50 Schwindel, in demselben Zeitraum 1912/13 bei 5 bezw. später 4 Tabletten Sedobrol 5 Anfälle und 42 Schwindel. Wir sehen also in diesem Falle eine Abnahme der Anfälle um 79 %, während sich die Schwindel nur um 16% vermindert haben. Das Körpergewicht hat eine Zunahme von 3 kg erfahren; die Bromakne ist weniger stark als früher in Erscheinung getreten. Die Verstimmungen sind im letzten Vierteljahr milder verlaufen. Sedobrolbehandlung wird fortgesetzt. Dauer der Epilepsie 23 Jahre.

5. **C. J. aus S.**, geb. 8. Mai 1879, 34 Jahre alt; ledig; aufgenommen am 1. Juni 1910. Der 6 jährige Knabe einer Schwester leidet auch an Epilepsie, sonst ist von Nervenleiden in der Familie nichts in Erfahrung zu bringen. In der Schule gut gelernt. Im Alter von 14 bis 15 Jahren soll gleichzeitig mit dem Eintritt der Menses im Anschluß an einen Schrecken der erste epileptische Anfall aufgetreten sein. Die Anfälle haben sich im Laufe der Jahre vermehrt und sind im Gegensatz zu früher auch bei Tage aufgetreten. Von früheren Erkrankungen ist nichts angegeben. Im Jahre 1910 wird eine Opiumbromkur mit Erfolg bei der Kranken durchgeführt. Im Jahre 1911 bewegen sich die Bromgaben von 9 bis 7 g Ka. br., im Jahre 1912 6,0 g Ka. br. 1912/13 werden 5, 4, dann 3 Tabletten Sedobrol verabreicht, ohne daß weder 1911/12 bei 7 bezw. 6 g Ka. br., noch 1912/13 bei 5, 4 bezw. 3

Sedobroltabletten ein Anfall oder Schwindel aufgetreten wäre; dagegen bestehen sehr unangenehme psychische Äquivalente in Form periodisch eintretender hochgradiger Reizbarkeit und Empfindsamkeit, welche für Kranke und Umgebung gleichermaßen lästig sind. Eine wesentliche Milderung dieser Zustände konnte bis jetzt noch nicht erzielt werden. Vor Einleitung der Opiumbromkur wurde ¹/₄ Jahr lang Extr. Simulo ohne nennenswerten Erfolg in Anwendung gebracht. Körperlich hat die Kranke alle diese Heilversuche gut ertragen, das Körpergewicht schwankt zwischen 1 kg hin und her. Menses regelmäßig, vielfach mit Verstimmungen einhergehend. Die Sedobrolbehandlung soll fortgesetzt werden. Dauer der Epilepsie 18 Jahre.

6. **M. J. aus H.,** geb. 2. Juli 1861, 52 Jahre alt, ledig; aufgenommen 14. Februar 1888. Von erblicher Belastung ist nichts bekannt; die epileptischen Anfälle sollen sich im 26. Lebensjahre, angeblich im Anschluß an ein chronisches Unterleibsleiden, eingestellt haben. Tatsächlich ist ein doppelseitiger Adnextumor von gleichbleibender Größe und Konsistenz vorhanden. Seit über zwei Jahrzehnten erhält die Kranke täglich 6,0 Ka. br. mit dem Erfolg, daß bis zum Jahre 1907 sich die Anfälle im allgemeinen etwas vermindert hatten, während die Schwindel eine Zunahme erfuhren. In den Jahren 1908/09 trat eine merkbare Abnahme dieser epileptischen Zustände ein, welche seit 1910 ganz ausgesetzt haben, obwohl die Bromgabe nicht verändert worden war. Im Jahre 1910 noch regelmäßig menstruiert. Menopause seit Oktober 1911. Seit 1910 traten Verstimmungszustände mehr in den Vordergrund, welche bei der Sedobrolbehandlung anfangs eine Steigerung erfuhren, seit 4 Monaten milder in Erscheinung treten. Die Sedobrolgabe ist auf 3 Tabletten herabgesetzt und wird noch weiterhin verabreicht. Dauer der Epilepsie 26 Jahre.

7. **K. Kr. aus M.,** geb. 7. Februar 1900, 12 Jahre alt, aufgenommen am 3. April 1911. Die Mutter soll nervös sein und viel an Kopfweh leiden. Fünf gesunde Geschwister. Im Alter von 10 Jahren soll das Mädchen Masern durchgemacht und einige Zeit danach angeblich den ersten epileptischen Anfall erlitten haben. Das Mädchen soll gerne „Most" getrunken und sich solchen auch heimlich zugeführt haben. Schulbesuch seit dem 7. Lebensjahr, anfangs mit ordentlichem Erfolg; saß die 14. unter 20. Seit Einsetzen der Anfälle sei ihr das Lernen, insbesondere das Rechnen, schwer gefallen. Anfälle bei Tag und Nacht mit Zungenbiß und Einnässen; außerdem wurden periodische Verstimmungen beobachtet. Linksseitiges Kopfweh wird des öfteren geklagt. Früher sei das Mädchen wahrheitsliebend gewesen, in der letzten Zeit habe sich mehr und mehr eine Neigung zur Unaufrichtigkeit bemerkbar gemacht. Das Mädchen erhielt 6 g Ka. br. täglich und hatte im ersten Halbjahr des Anstaltsaufenthalts 350 Anfälle und 260 Schwindel. Seit 18. September 1911 haben Anfälle und Schwindel völlig ausgesetzt. 1911/12 erhielt sie täglich 4 g Ka. br., 1912/13 4 Sedobroltabletten, während vom 1. Juli 1913 ab nur 3 verabreicht werden. Im Anfange mußte das Mädchen längere Zeit im Bett gehalten werden, später besuchte sie die Anstaltsschule und wurden Ende des Jahres 1911 „erfreuliche Fortschritte" verzeichnet. Im Jahre 1912 gab der Klassenlehrer an, daß das Mädchen „langsam auffasse, ziemlich unaufmerksam und oft geistesabwesend" sei. Sie wird als „sehr empfindlich, zutraulich und schmeichlerisch" charakterisiert und auch in diesem Jahre anerkannt, daß sie „Fortschritte mache". Das Verhalten in der Schule, insbesondere die geistige Regsamkeit und Aufmerksamkeit, haben sich bis jetzt im Jahre 1913 gebessert. In 2 Jahren hat dieses Mädchen ein Längenwachstum von 15 cm und eine Gewichtszunahme von 16,5 kg erfahren. Am 13. Januar 1913 haben sich die ersten Menses ohne nennenswerte Störung eingestellt und sind seither regelmäßig eingetreten. Dauer der Epilepsie 2 Jahre.

8. **W. K. aus B.,** geboren 23. Oktober 1885, 27 Jahre alt, ledig; aufgenommen am 16. Juni 1903. Ein älterer Bruder ist schwach begabt; der Vater ist durch Unglücksfall, die Mutter an Lungenleiden gestorben. Schulbesuch mit gutem Erfolg. Von früheren Erkrankungen sind „rote Flecken" und „wiederholt Lungenentzündung" aufgeführt. Beginn des Leidens im 14. Lebensjahr. Eintritt der Menses im 18. Lebensjahr.

Die Zahl der epileptischen Zustände, bei denen die Schwindel bedeutend überwiegen, betrug 1907 bis 1911 durchschnittlich 155 im Jahr. Eine nennenswerte Verminderung hat sich trotz 6 bis 7 g Ka.br. nicht erreichen lassen. 1911/12 wurden bei 6,0 Ka. br. **185** epileptische Zustände beobachtet, 1912/13 **116.** Die Abnahme der Anfälle betrug 83%, die der Schwindel 21%. Die Kranke war von jeher reizbar und empfindlich und litt an periodischen Verstimmungen. Eine dauernde Verminderung bezw. Abschwächung derselben ist bis jetzt nicht erzielt worden. Das Körpergewicht hat eine Zunahme von 4 kg erfahren. Die Menses hatten von Juni bis Oktober 1912 ausge-

setzt gehabt, sind aber seither regelmäßig. Verstimmungen und Schwindelanfälle treffen häufig mit den Menses zusammen. Dauer der Epilepsie 13 Jahre.

9. **E. K. aus H.,** geboren am 14. Januar 1891, 22 Jahre, ledig; aufgenommen am 26. Juni 1911. Mutter an Tuberkulose gestorben; sonst ist von erblicher Belastung nichts bekannt. Von Krankheiten soll sie als Kind „rote Flecken" und mit 19 Jahren „Bauchfellentzündung" überstanden haben. Im Alter von 12 Jahren soll E. K. einen Sturz von der Schaukel getan haben und bewußtlos gewesen sein. Eine äußere Verletzung sei nicht beobachtet worden. Ein halbes Jahr später soll mehrfach Erbrechen, später Schwindel und schließlich Krampfanfälle aufgetreten sein. Die Anfälle sollen mit den Menses häufig zusammentreffen. In der Schule gut gelernt und sich besonders „im Rechnen ausgezeichnet". Die Kranke hat außerhalb der Anstalt schon viel Brom ohne nachhaltigen Erfolg genommen; 1911/12 erhielt sie Pilul. Kal. osmici, 6 Stück pro die = 0,006 Kali osmic. und hatte 154 Anfälle und 69 Schwindel, während 1912/13 bei 5, später 4 Sedobroltabletten 33 Anfälle und 14 Schwindel beobachtet wurden. Es ergibt sich somit eine Abnahme der Anfälle um 78% und der Schwindel um 79%. Die zeitweise auftretenden Verwirrtheitszustände haben eine nennenswerte Änderung nicht erfahren. Das Körpergewicht ist um 2 kg gesunken. Die Menses setzten oft Monate lang aus. Auf Grund spezialärztlicher Untersuchung liegt ein infantiler Uterus vor. Die Kranke ist geistig schon erheblich geschwächt und neigt sehr zu Bromakne. Dauer der Epilepsie 9 Jahre. Sedobrol wird weitergegeben.

10. **G. M. aus T.,** geboren 14. September 1875, 37 J. alt, ledig, aufgenommen 19. September 1905. Vater soll vorübergehend an Epilepsie gelitten haben. In der Schule gut gelernt. Von früheren Erkrankungen sind Masern und Lungenentzündung aufgeführt. Beginn des Leidens im 25. Lebensjahr ohne nachweisbare äußere Veranlassung. Eintritt der Menses im Alter von 18 bis 19 Jahren. Die Kranke erhielt eine Zeitlang 9, später 6 g Ka. br.; ferner ein halbes Jahr lang Sabromin 6,0 pro die. In den Jahren 1906 bis 1910 kamen durchschnittlich 101 epileptische Zufälle im Jahre vor, worunter die Anfälle wesentlich überwiegen. 1911/12 bei einer Tagesgabe von 4,0 Ka. br. wurden 55 Anfälle und 6 Schwindel, 1912/13 bei 4 Sedobroltabletten täglich im ganzen Versuchsjahre nur 8 Anfälle beobachtet, so daß wir in diesem Falle bei den Anfällen eine Besserung von 80% und bei den Schwindeln von 100% verzeichnen können. Das Körpergewicht hat keine außerordentlichen Schwankungen aufgewiesen. Die Menses verliefen während des Beobachtungsjahres regelmäßig. Die von jeher sehr empfindliche und reizbare Kranke hat während der Sedobrolkur an diesen Eigenschaften nichts eingebüßt, vielmehr eine wesentliche Verschlimmerung ihres psychischen Verhaltens erfahren, so daß die Verbringung der Kranken in die Irrenanstalt mehrfach in Erwägung gezogen wurde. Mit Verabreichung von Sedobrol — 3 Tabletten täglich — wird noch fortgefahren. Dauer der Epilepsie 12 Jahre.

11. **J. S. aus R.,** geboren 24. Juni 1889, 23 Jahre alt, ledig, aufgenommen 22. Juni 1911. Über die Vorgeschichte ist nur von der Kranken selbst Auskunft zu erhalten. Uneheliche Abstammung. Erbliche Belastung unbekannt. Die Anfälle sollen sich mit Eintritt der Menses im 16. Lebensjahr eingestellt haben. 1911/12 bei 6,0 Ka. br. wurden 44 Anfälle und 12 Schwindel, 1912/13 bei 4 Sedobroltabletten 6 Anfälle und 8 Schwindel beobachtet. Die Besserung der Anfälle beträgt somit 86% und die der Schwindel 50%. Das Körpergewicht hat sich nicht in nennenswerter Weise verändert. Die Menses waren während der ganzen Zeit regelmäßig. Die zeitweise auftretenden Verstimmungen haben eine Milderung bis jetzt nicht erfahren, die Verabreichung von 4 Sedobroltabletten täglich wird fortgesetzt. Dauer der Epilepsie 7 Jahre.

12. **M. Z. aus B.,** geboren 19. Dezember 1850, 62 Jahre alt, ledig, aufgenommen 1. Mai 1889. Beide Eltern sollen sehr nervös gewesen sein und die Mutter außerdem an Migräne gelitten haben. Im 5. Lebensjahr Hirnentzündung mit rechtsseitiger Lähmung, deren Erscheinungen später völlig verschwanden. Beginn der Anfälle im 8. Lebensjahre. Jahrelang schwere Anfälle und Verwirrtheitszustände. Mittlere Demenz. 1905 bis 1910 wurden im Jahre durchschnittlich 66 epileptische Zufälle notiert. 1911/12 sind bei einer Tagesgabe von 6 Ka. br. 13 Anfälle und 37 Schwindel verzeichnet worden, während 1912/13 bei 4 Sedroboltabletten 3 Anfälle und 7 Schwindel zur Beobachtung kamen. Wir sehen hier eine Besserung der Anfälle um 77% und der Schwindel um 81%. Menopause seit Februar 1902 ohne nennenswerten Einfluß auf Anfälle und Schwindel. Die Zahl der epileptischen Zufälle im Sedobroljahr 1912/13 ist die geringste seit 20 Jahren. Die zeitweise einsetzenden Verstimmungen wurden durch

Sedobrol nicht nennenswert beeinflußt. Dauer der Epilepsie 54 Jahre.

Überblicken wir die Ergebnisse bei diesen 12 Kranken, bei welchen ein Vergleich mit früheren Behandlungserfolgen möglich ist, so tritt einwandsfrei die anfallmildernde Wirkung des Sedobrol zu Tage. Die diesbezüglichen Zahlen schwanken für die Anfälle zwischen 75 und 93%; bei den 8 in Betracht kommenden Fällen ergibt sich als Durchschnittszahl 81%. Die Schwindel haben eine Besserung von 16 bis 100% erfahren; aus den 9 zur Verfügung stehenden Fällen berechnet sich als Mittel 63%. Als Gesamtbesserung der epileptischen Zufälle ergibt sich ein Prozentsatz von 43,0%. Unter den 12 oben aufgeführten Fällen ist nur ein Versager festzustellen; Fall 3 läßt eine Zunahme der Anfälle um 66%, dagegen eine Abnahme der Schwindel um 42% während der Beobachtungsdauer eines Jahres feststellen. Die Fortsetzung der Kur wird zeigen, ob diese Verschlimmerung eine scheinbare ist oder nicht. Die bei unseren Sedobrolversuchen gemachte Erfahrung spricht dafür, daß es schwerer ist, die Schwindel zu beseitigen als die Anfälle. Die Mitteilungen zahlreicher Beobachter sind schon seit langem zu einem ähnlichen Ergebnis gelangt. Es wäre nun nicht ohne Bedeutung, wenn sich auch in anderen Fällen herausstellen würde, daß eine Abnahme der Schwindel zu Gunsten der Anfälle eintreten kann und dann im weiteren Verlauf der Kur eine stetige Besserung des Leidens erzielt wird. Die Erfolge unserer Sedobrolkur wären zahlenmäßig noch besser ausgefallen, wenn nicht 4 Patienten entgegen ärztlichem Rat von ihren Angehörigen auf einige Zeit nach Hause geholt worden wären. Trotz des Versprechens, alle ärztlichen Vorschriften zu Hause genau zu befolgen, trat bei allen 4 eine wesentliche Verschlimmerung ein. Sehr bemerkenswert ist fernerhin der Umstand, daß im März 1913 aus äußeren Gründen Sedobrol vom 8. bis 18. ausgesetzt werden mußte und in dieser Zeit genau dieselbe Menge Brom als Bromnatriumlösung verabreicht wurde. Während dieser Zeit trat in ²/₃ unserer Fälle eine deutliche Verschlechterung des Zustandes ein. Der Ernährungszustand wird durch die Kur auf die Dauer nicht erheblich beeinflußt, ebenso wenig die Menstruation. Die in unseren Fällen beobachteten Schwankungen deckten sich so ziemlich mit früheren Feststellungen. Das Mittel wurde mit Ausnahme eines Falles gern genommen und gut vertragen. Der eine zu Bromakne neigende Fall hat auch bei Sedobrol Akne bekommen.

Bedauerlich ist es, daß die psychischen Folgeerscheinungen der Epilepsie nach der vorliegenden Untersuchung durch Sedobrol, wenigstens im Verlauf eines Beobachtungsjahres, nicht gebessert worden sind; es drängt sich vielmehr dem Beobachter nicht zu selten die Erkenntnis auf, daß eher eine zeitweise Steigerung der für den Kranken und seine Umgebung so lästigen Reizbarkeit und Empfindlichkeit eingetreten ist. Diese Wahrnehmung kann die Irrenärzte nicht gerade ermutigen, mit geisteskranken Epileptikern Versuche anzustellen. Es scheint, daß hier dem Sedobrol seine Grenzen gesteckt sind und daß seine treffliche Wirkung bei nicht entarteten oder sonstwie geschädigten Epileptikern mit kurzer Krankheitsdauer am besten zur Geltung kommt. Unsere zum Versuche herangezogenen durchschnittlich recht schweren Fälle beweisen, wie günstig das Sedobrol auch hier noch auf die Krampfkomponente der Epilepsie einzuwirken vermag und Besseres geleistet hat, als die vorher angewandten Mittel. Dafür sprechen noch 3 weitere Fälle, welche mangels längerer Vergleichszeit hier gesondert aufgeführt werden sollen.

13. **M. L. aus E.,** geboren 12. Juli 1884, 29 Jahre alt, geschieden, aufgenommen 3. April 1912. Mutter an Tuberkulose gestorben, sonst nichts bekannt. Mit 20 Jahren sollen zum ersten Male epileptische Anfälle aufgetreten sein. 2 Partus, danach Verschlimmerung. Mit 6 Ka. br. ist der Zustand nicht verbessert worden gegenüber 4 Sedobroltabletten. Die Verstimmungen sind unverändert geblieben. Dauer der Epilepsie 8 Jahre.

14. **H. W. aus M.,** geboren 22. August 1901, 11 J. alt, aufgenommen 14. Dezember 1911, Vater trunkliebend, an Schlaganfall gestorben. Mit 3 und 5 Jahren „Starrgichter". Im Alter von 1¹/₂ Jahren ausgesprochene epileptische Anfälle, dann Jahre lang nur Absenzen. Vorübergehende rechtsseitige Parese nach Krampfanfällen. Empfindlich und reizbar geworden. Periodische Verstimmungen. Wegen der Anfälle aus der Volksschule gewiesen. 5 Monate lang Ka.br. 5,0 täglich, ab 1. Juli 1912 4 Sedobroltabletten täglich mit wesentlicher Abnahme von Anfällen und Schwindeln. Das Aussetzen von Sedobrol und Ersatz durch Bromnatriumlösung derselben Tagesgabe hatte Verschlechterung des Zustandes zur Folge. Dauer der Epilepsie 8 Jahre.

15. **A. W. aus K.,** geboren 22. April 1874, 38 J. alt, ledig, aufgenommen 11. März 1912. Angeblich keine erblich Belastung. Beginn des Leidens im Alter von 20 J. mit Eintritt der Menses. A. W. soll damals stark bleichsüchtig gewesen sein. Anfangs nur ganz wenige Anfälle im Jahre, dann einige

Jahre Pause, seit 6 J. Verschlimmerung. Die Kranke erhält 4 Monate lang täglich 3 Eßl. Spasmosan und hatte in dieser Zeit 17 Anfälle. Mit dem 1. Juli 1913 bekam sie täglich 4 Sedobroltabletten verordnet mit dem Erfolg, daß im Verlauf von 10 Monaten 11 Anfälle beobachtet wurden. Das Mittel wurde gerne genommen und gut vertragen.

Bei allen drei Kranken wird Sedobrol noch weiterhin verabreicht.

In der Mehrzahl der 15 Beobachtungen tritt noch das weitere, auch von anderen Untersuchern betonte Moment zutage, daß eine geringe Menge Sedobrol Gleiches oder mehr leistet als eine größere anders zusammengesetzte Bromgabe. Diese Erfahrung dürfte ein Beweis dafür sein, daß die Zusammensetzung das Sedobrol sowie die Art seiner Verabreichung sehr zweckmäßig sind. Nachdem die hiesige Versuchsreihe zu einem günstigen Ergebnis geführt hat, ist die weitere Verwendung von Sedobrol in der Anstalt beschlossen und eine zweite Versuchsreihe mit 30 Kindern beiderlei Geschlechts ab 1. Juli 1913 aufgestellt worden. Es ist nach den seitherigen Erfahrungen zu hoffen, daß bei diesen jugendlichen Individuen eher noch mehr durch Sedobrol geleistet wird als bei älteren Kranken. Von besonderer Bedeutung dürfte auch die Beobachtung in der Anstaltsschule sein, hinsichtlich der geistigen Regsamkeit und Leistungsfähigkeit der Sedobrolkinder. Wir werden natürlich auch hier mit Versagern rechnen müssen, und es ist Sache der Erfahrung, mit der Zeit solche für Sedobrol ungünstig gelagerte Fälle herauszufinden und auszuscheiden. Es werden das gerade diejenigen Kranken sein, welche auf Unterdrückung der Anfälle mit unangenehmen psychischen Erscheinungen reagieren; hier sind die Anfälle, so lange sie nicht zu stark und zu häufig in Erscheinung treten, das kleinere Übel. Als ein großer Fortschritt für die Anstaltsbehandlung ist es zu begrüßen, daß die Dosierung des Mittels in so einfacher Weise möglich ist. Wenn sich die Angaben von Dr. A. Ulrich, daß bei Sedobrolverabreichung kein Status epileptikus mehr beobachtet wird, auch für die Dauer als zutreffend erweisen, so ist dadurch ein wesentlicher Erfolg erzielt und die ärztliche Behandlung der Epileptiker erheblich vereinfacht und erleichtert.

Eine noch größere Bedeutung hat das Mittel für die ambulante Behandlung der Epilepsie und für den Gebrauch des praktischen Arztes. Es wird wenige Krankheiten geben, bei welchen dem Kurpfuschertum mehr Tür und Tor geöffnet sind, als gerade bei Epilepsie. In der Regel wird alles Mögliche, mit Vorliebe Ausländische, um teures Geld versucht, ehe der Arzt bezw. Nervenarzt aufgesucht wird. Durch dieses Verhalten wird eine sehr wertvolle Zeit vertrödelt und alte, eingewurzelte Fälle mit geistigen und körperlichen Schädigungen harren der ärztlichen Kunst. Es kann nicht oft genug gesagt und nicht stark genug, gerade auch den praktischen Ärzten gegenüber, betont werden, daß bei frühzeitiger Behandlung der Epilepsie Manches zu erreichen ist. Der in der Ärztewelt herrschende allgemeine Pessimismus schadet erheblich unseren Patienten und das dürfen und wollen wir nicht zulassen.

Weitere umfassende Erfahrungen mit Sedobrol an geistesgesunden Epileptikern in Anstalten und in der Privatpraxis sind notwendig. Diesbezügliche Versuche können mit gutem Gewissen empfohlen werden, sofern auf Verhältnisse und Eigenart des Kranken gebührend Rücksicht genommen wird. Langsame Steigerung der Sedobrolgabe und Sicherstellung der ärztlichen Überwachung sind für die erfolgreiche Durchführung der Kur Voraussetzung. Liegen irgendwelche Bedenken gegen ambulante Behandlung oder häusliche Pflege vor, so ist es ratsam für die ersten Monate der Behandlung die Epileptikeranstalt zu wählen.

Sollte es im Laufe der Zeit noch gelingen, die psychischen Äquivalente der Epileptiker zu mildern und zu beheben, so wäre damit sehr viel für die schwierige Behandlung der Epileptiker gewonnen. Dr. A. Ulrich, als der berufenste und erfahrenste Beobachter auf dem Gebiete der Sedobrolbehandlung wird uns hoffentlich bald über mehrjährige günstige Erfahrungen aus Anstalt und Praxis unter Bezugnahme auf ein umfassendes Krankenmaterial berichten.

Beiträge zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox.

Von Prof. Dr. **A. Alzheimer.**

(Autoreferat über den gleichnamigen bei der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, Breslau 1913, gehaltenen Vortrag.)

Obwohl schon von einer größeren Anzahl von Forschern Veränderungen der Hirnrinde bei der Dementia praecox beschrieben worden sind, müssen unsere Kenntnisse über die pathologische Anatomie derselben noch als recht unzulänglich bezeichnet werden. Und doch wäre es zunächst einmal und gerade jetzt, wo seit Bleulers interessanter Monographie über die Psychopathologie der Schizophrenie so vielfach diskutiert wird, besonders wichtig zu wissen, ob sie mit erheblichen Schädigungen des nervösen Gewebes einhergeht. Gelänge der Nachweis, daß beträchtliche Teile der Rinde zugrunde gehen oder schwer geschädigt werden, so würde man annehmen dürfen, daß dieser Verlust mit einer tiefgehenden Verblödung, wenn auch besonderer Art, verbunden ist, und man würde Bedenken tragen müssen, die schizophrene Demenz aufzufassen als eine Art von Pseudodemenz, die nur dadurch vorgetäuscht wird, „daß die Kranken ihre Gedanken zerspalten, daß sie ihre Affekte absperren, daß sie sich von der Wirklichkeit abkehren." Ja es müßte überhaupt gewagt erscheinen, die Leistungen eines so schwer geschädigten Gehirns mit normalen Seelenvorgängen in weitem Umfange zu vergleichen, den Inhalt der Psychose verstehen, primäre und sekundäre Störungen auseinanderhalten zu wollen.

Das Verständnis des pathologisch-anatomischen Vorganges, welcher der Dementia praecox zugrunde liegt, ist zunächst deswegen erschwert, weil es sich in den allermeisten Fällen um einen chronisch verlaufenden Krankheitsvorgang handelt und das zentrale Nervengewebe ganz verschieden aussieht, wenn es sich um einen eben einsetzenden Prozeß handelt oder um einen Zustand, bei dem die Abräumung in vollem Gange oder schon die Narbe gebildet ist. Da die Krankheit allem Anschein nach oft in Schüben fortschreitet, finden sich dazu manchmal die verschiedenen Stadien vermengt. Weiter wird die Reinheit der histologischen Befunde getrübt durch Merkmale fieberhafter Infektionen, langer Kachexie oder vorgeschrittenen Alters. Unter 55 Fällen von Dementia praecox ließen sich nur 18 als im wesentlichen unkompliziert verwerten. Die Mehrzahl der Gehirne verdanke ich den Herren Ärzten der oberbayrischen Anstalt Eglfing. Die 6 akuten Fälle zeigen die Veränderungen, wie ich sie schon eingehender in meinen Studien über die amoeboide Glia beschrieben habe und wie sie teilweise auch schon früher geschildert worden sind. Von besonderem Interesse ist nach unseren oben gegebenen Darlegungen aber der Nachweis und die genauere Feststellung der Ausfälle in der Hirnrinde von verblödeten Kranken.

In allen Fällen waren Ausfälle nachweisbar. Recht häufig waren sie sehr augenfällig, in anderen erwies sich zur Erkennung derselben der Vergleich photographischer Übersichtsbilder mit entsprechenden Stellen aus normalen Gehirnen sehr nützlich. Sie führen dann oft auch zu Störungen in der Schichtenanordnung, wie das früher schon F. Sioli hervorgehoben hat. Diese Störung ist nie so erheblich wie bei der progressiven Paralyse, bei der die einzelnen Schichten ihre Abgrenzung oft völlig verlieren, führt aber oft dazu, daß die Ganglienzellen einer Schicht mit ihren Spitzenfortsätzen nach ganz verschiedenen Richtungen orientiert sind, was normaler Weise nicht vorkommt.

Die Ausfälle sind in der 2. und 3. Schicht am deutlichsten zu erkennen. Dort, wo sie nicht sehr augenfällig sind, finden sich regelmäßig zahllose Ganglienzellen der oberen Schichten in einem Zustande von Sklerose, wie wir ihn auch bei der Paralyse häufig an den gleichen Stellen sehen. Diese Sklerose ist nun fast regelmäßig mit einer lipoiden Degeneration verbunden, welche in den einzelnen Fällen dem Grade nach wechselt, durchaus nicht immer bei den am längsten Erkrankten am stärksten ist, sondern sich am ausgeprägtesten bei zwei-, dreijähriger Krankheitsdauer fand. Vielleicht verschwinden die lipoiden Stoffe später wieder aus den Zellen. In solchen Fällen hat zuerst Cotton in der 2. und 3. Schicht der Hirnrinde Ganglienzellen dargestellt, bei denen ein basaler Fortsatz — wohl sicher der Achsenzylinderfortsatz — in einen Fettsack umgewandelt war, ähnlich wie wir das bei der amaurotischen Idiotie sehen.

Eine Lichtung der Markfasern, wie sie Goldstein beschrieben hat, war oft recht deutlich. Daß feine Achsenzylinder zugrunde gehen, kann man in den frischen Fällen sehen.

In dem Grad des Ergriffenseins der einzelnen Windungen scheinen sich bei verschiedenen Fällen wesentliche Abweichungen zu ergeben.

Wie aus mancherlei Tatsachen der allgemeinen Pathologie hervorgeht, bedeutet eine hochgradige

Sklerose der Ganglienzellen verbunden mit fettiger Degeneration eine schwere Schädigung der Funktion. So müssen auch die Schädigungen der nervösen Elemente der Hirnrinde bei der Dementia praecox als recht erheblich bezeichnet werden.

In einzelnen Fällen z. B. gegenüber manisch-depressiven Mischzuständen dürften die Befunde heute schon gelegentlich differentialdiagnostisch verwertet werden können. Ein Schluß von der Lokalisation der Veränderungen auf die klinische Erscheinungsform der Dementia praecox wird aber erst dann zulässig werden, wenn die Ausbreitung der Gewebsveränderungen noch besser studiert und noch etwas mehr Licht gebracht worden ist in die Frage nach der physiologischen Bedeutung der einzelnen Rindenschichten.

Mitteilungen.

— Einladung zur **Hauptversammlung des Österreichischen psychiatrischen Verbandes in Görz** am 10. und 11. Oktober 1913.

Tages-Ordnung.

Donnerstag, den 9. Oktober: Abends 8 Uhr gesellige Zusammenkunft im Hotel „Südbahn"; vorher 6 Uhr vorberatende Sitzung des Ausschusses am selben Orte.

Freitag, den 10. Oktober: ½10 Uhr vormittags I. Sitzung im Landtagssaale. Begrüßung und Rechenschaftsbericht. Vorträge. — 1 Uhr Mittagessen im Hotel „Post". — 3 Uhr II. Sitzung im Landtagssaale. Kassenbericht, Festsetzung des Jahresbeitrages pro 1914. Geschäftliche Mitteilungen. Vorträge. — 8 Uhr Diner im Hotel „Südbahn", zu Ehren der Teilnehmer veranstaltet vom Landes-Ausschusse.

Samstag, den 11. Oktober: 9 Uhr vormittags III. Sitzung. Vorträge. — 1 Uhr Mittagsessen im Hotel „Südbahn". — 3 Uhr Besichtigung der Landes-Irrenanstalt. — 9 Uhr gesellige Zusammenkunft im Hotel „Post".

Sonntag, den 12. Oktober: Vormittags Wagenfahrt nach Aquileja, Besichtigung des Domes und des durch die römischen Ausgrabungen berühmten Museums. Dann per Wagen und Separatdampfer nach Grado zur Besichtigung des größten österreichischen Seebades. In Grado Dejeuner, zu Ehren der Teilnehmer veranstaltet von der Kurkommission. — Abends Rückkehr mit Separatdampfer und Wagen nach Görz.

Vorträge.

1. Hueber, Wien, und Sickinger, Ybbs: Haftpflicht und Irrenanstalten. Referate.
2. Graßberger, Salzburg: Über weitere Verfolgung und Stellungnahme zum Strafgesetzentwurf. Referat.
3. Nelken, Kulparkow: Beitrag zur Gefahr der Haftpflicht der Anstalten für Geisteskranke.
4. Schweighofer, Salzburg: Unsere Stellungnahme zum Fürsorgegesetz und deren Durchführung.
5. Eisath, Hall: Über den gegenwärtigen Stand des psychiatrischen Heilverfahrens.
6. Berze, Klosterneuburg: Über die Bedeutung der Psychologie für die Psychiatrie.
7. v. Franzoni, Görz: Der heutige Stand der Pellagra-Frage, mit besonderer Berücksichtigung der pellagrösen Psychosen.
8. Hassmann- Graz: Beitrag zur Kenntnis der Verlaufsformen der Paralysis progressiva.
9. Maniu- Czernowitz: Über Luminal.

Die Verteilung der Vorträge auf die einzelnen Sitzungen und ihre Reihenfolge bleibt einer Vorstandssitzung am Vorabende der Hauptversammlung vorbehalten. — Besteht die Absicht, Vereinsbeschlüsse zu beanantragen, so ist deren Wortlaut dem Vorstande 8 Tage vorher mitzuteilen.

Eventuelle Anfragen über Lokalverhältnisse wollen an den Präses des Lokalkomitees, Sanitätsrat Dr. Fratnich, Direktor der Landes-Irrenanstalt in Görz, gerichtet werden. — Den Damen stellt sich ein von den Gattinen der Anstaltsärzte und Beamten gebildetes Damenkomitee zur Verfügung. — Das Lokalkomitee ersucht, daß sich die Herren Teilnehmer beim Komitee wenigstens einige Tage zuvor anmelden, mit genauer Angabe, ob sie allein oder mit ihren Damen an der Versammlung sowie auch an den Ausflügen teilnehmen wollen. — Hotels: Hotel „Südbahn", Hotel „Post". Die Zimmerpreise mit Einzelbetten 2 bis 3 K., mit 2 Betten 4 bis 5 K. pro Tag.

Schweighofer, Schriftführer. Starlinger, Obmann.

— **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Breslau** am 13. und 14. Mai 1913. Bericht nach Autoreferaten und nach dem offiziellen Bericht in Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, 70. Bd., V. Heft, ausgegeben am 23. VIII. 1913. (Fortsetzung.)

Diskussion:

2. Sitzung. 13. Mai, nachmittags 2 Uhr, im Hörsaale des Psysikalischen Instituts der Universität.

Der Vorstand schlägt vor, die nächste Jahresversammlung in Straßburg i. E. stattfinden zu lassen.

Die Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte hattte vorgeschlagen, die Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in jedem zweiten Jahre der ihrigen anzugliedern. Der Vorstand des letztgenannten Vereins beantragt, diesen Vorschlag zunächst nicht anzunehmen, aber für künftig im Auge zu behalten.

Als Ort der nächstjährigen Versammlung wird Straßburg i. E. bestimmt.

(Als Termin ist inzwischen der 24. und 25. April

bestimmt worden.) Referatthema: Die verminderte Zurechnungsfähigkeit, Referenten Aschaffenburg (Köln) und Wilmanns (Heidelberg).

Kraepelin (München) berichtet hierauf über die Vorarbeiten zur Errichtung eines Forschungsinstituts für Psychiatrie. Wesen und Ursprung, nicht die klinischen Erscheinungen der Geisteskrankheiten sollen darin studiert werden, und zwar in 3 Abteilungen: 1. eine klinisch-experimentelle mit kleiner Krankenstation (30—50 Betten) und serologischem, chemischem und psychologischem Laboratorium, 2. eine anatomisch-histologische, 3. eine demographisch-statistische zum Studium der Entartung. Dazu allen dreien gemeinsam Bibliothek, Hörsäle und photographische Arbeitsräume.

Die drei Abteilungen sollen 30 Arbeitsplätze mit je einem selbständigen Abteilungsleiter haben. Gemeinsamer Verwaltungsdirektor; kollegiale Verwaltung. Kosten ohne Baugrund 1,2 bis 1,4 Millionen, Betriebskosten 240 000 bis 260 000 M. Die Kaiser Wilhelm-Gesellschaft soll um Bereitstellung von Mitteln für Bau und Einrichtung angegangen werden, das Reich, die Bundesstaaten, in Preußen auch die Verwaltungen der Provinzen um Aufbringung der Betriebskosten; entsprechende Verfügung über Arbeitsplätze würde den beitragenden Faktoren gewährleistet werden. Auch von privaten Stiftungen werden Beihilfen zu erwarten sein. Kraepelin schlägt vor, seine Denkschrift über die Gründung eines solchen Instituts der Kaiser Wilhelm-Gesellschaft vorzulegen. Die Versammlung erklärt sich grundsätzlich mit dem Plane einverstanden.

Der Vorsitzende dankt Kraepelin für seine Mühe.

Es folgt der Bericht der Statistischen Kommission. Vocke (Eglfing) verweist auf den von ihm im Auftrage der Kommission bereits in Nr. 1, S. 1, ds. Wochenschrift v. 5. April 1913 veröffentlichten „Bericht der Statistischen Kommission des deutschen Vereins für Psychiatrie" und das dort abgedruckte Schema der Einteilung der Krankheitsformen. Er empfiehlt dasselbe vorläufig nicht offiziell anzuwenden, sondern auf Grund der damit gemachten Erfahrungen in 2 bis 3 Jahren wieder zu beraten. Die Behörden sollen durch den Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie ersucht werden, bis dahin von der bisherigen Statistik abzusehen.

Wissenschaftlich wertlose Fragen sollen in der neuen Zählkarte fortfallen, dafür die Diagnose genauer gefaßt werden.

Thoma-Illenau bemerkt zu der von der Kommission vorgeschlagenen Einteilung, daß das, diesem Vorschlage zu Grunde gelegte Heidelberg-Illenauer-Schema doch in einigen wesentlichen Punkten abweiche. Er gibt einen kurzen Überblick über die Entstehungsgeschichte und die Hauptgruppen dieses letzteren und hebt hervor, daß die dort durchgeführte Zweiteilung der Psychopathien in die konstitutionellen Zustände und die auf diesem Boden erwachsenden eigentlichen Psychosen gerade für statistische Zwecke, für welche die nicht etwa als psychiatrisches Glaubensbekenntnis anzusehende Einteilung in erster Reihe dienen solle, kaum entbehrt werden könne. Das Schema habe sich bereits auch praktisch in einjährigem Gebrauch in Illenau und Heidelberg durchaus bewährt. Es hat folgende kurze Fassung:

1. Originär-paranoische Formen:
   a) originär-paranoische Konstitution,
   b) pathologische Entwicklungen (Querulantenwahn, Paranoia).
2. Manisch-depressive Formen:
   a) manisch-depressive Konstitution,
   b) manisch-depressives Irresein.
3. Andere psychopathische Formen:
   a) psychopathische Konstitutionen,
   b) pathologische Reaktionen
4. a) Imbezillität (organische Form), b) Idiotie.
5. Kretinismus.
6. Alkoholismus.
7. Morphinismus usw.
8. a) Dementia paralytika progressiva, b) Lues zerebri.
9. Psychosen bei anderen Krankheiten der Zentralorgane (Hirntumor usw.).
10. Psychosen nach traumatischer, chemischer oder thermischer Gehirnschädigung.
11. Psychosen bei akuten, toxisch wirkenden Krankheiten.
12. Psychosen bei Erschöpfungen (Wochenbett usw.)
13. Dementia praecox:
    b) Spätformen.
    a) Jugendformen,
14. Epilepsie mit und ohne Seelenstörung.
15. Senile und arteriosklerotische Prozesse.
16. Unklare Fälle.
17. Nicht geisteskrank und nicht psychopathisch.

(Ausführliche Publikation: Römer, Eine Einteilung der Psychosen und Psychopathien usw. Ztschr. f. d. ges. Neurol. und Psychiatrie, Bd. XI, Heft 1/2.)

Nachdem die Versammlung auf eine Anfrage Tuczeks es abgelehnt, gegenwärtig über den Gegenstand zu diskutieren, erfolgt Annahme des Vorschlags Vocke's und Ermächtigung des Vorstandes, die nötigen Schritte zu tun, daß von den zuständigen Behörden den Anstalten für Geisteskranke die Ausfüllung und Vorlage aller bisherigen Tabellen mit Ausnahme der Morbiditätstabelle und der Tabellen über allgemeine Krankenbewegung und Todesursachen bis auf weiteres erlassen wird. — In die Statistische Kommission wird Ganser-Dresden gewählt.

Von der Standeskommission war folgender Antrag vorgelegt:

Der Deutsche Verein für Psychiatrie beauftragt seinen Vorstand, geeignete Schritte bei dem Preußischen Ministerium zu tun, um wegen der Gebühren für Vorbesuche der Anstaltsärzte zur Abfassung begründeter Gutachten über solche Personen, welche in den Anstalten auf den Geisteszustand beobachtet werden, den Erlaß klarer gesetzlicher (bezw. Tarif-) Bestimmungen anzuregen.

Begründung: In Preußen sind bisher an die Anstaltsärzte die Gebühren für Vorbesuche zur Vorbereitung eines schriftlichen begründeten Gutachtens über den

Geisteszustand eines in der Irrenanstalt zu Beobachtenden anstandslos gezahlt worden. In letzter Zeit aber hat die Preußische Oberrechnungskammer nach einem Erlaß des Ministers die Zahlung beanstandet und die „überhobenen" Gebühren zurückgefordert. Auf Einspruch der Empfänger sind einige Gerichtsentscheidungen ergangen, die den Anstaltsärzten recht geben. Aber die Scherereien hören nicht auf. Es ist nötig, daß eine anderweitige ministerielle Erklärung ergeht, und daß im Tarif zum Gebührengesetz vom 14. Juli 1909 klare Bestimmungen geschaffen werden.

Nachdem Peretti-Grafenberg für den Antrag eingetreten und Neuendorff-Bernburg vorgeschlagen, sich auch an die Ministerien der übrigen Bundesstaaten zu wenden, wird der Antrag der Standeskommission angenommen und der Vorstand ermächtigt, auch bei den Ministerien der anderen Bundesstaaten auf Erlaß klarer Tarifbestimmungen hinzuwirken. — Durch den in dieser Zeitschrift 1913, Nr. 11, Seite 137, veröffentlichten Erlaß des Preußischen Ministeriums des Innern vom 16. Mai 1913 ist der Antrag, soweit Preußen in Betracht kommt, inzwischen gegenstandslos geworden.

Klinke-Lublinitz hat angeregt, das Buch von B. Beyer, „Die Bestrebungen zur Reform des Irrenwesens", allen Reichstags- und Landtagsabgeordneten zuzusenden. Der Vorstand schlägt vor, an die Bibliotheken des Reichs- und Landtags der größeren Bundesstaaten je ein Exemplar zu senden.

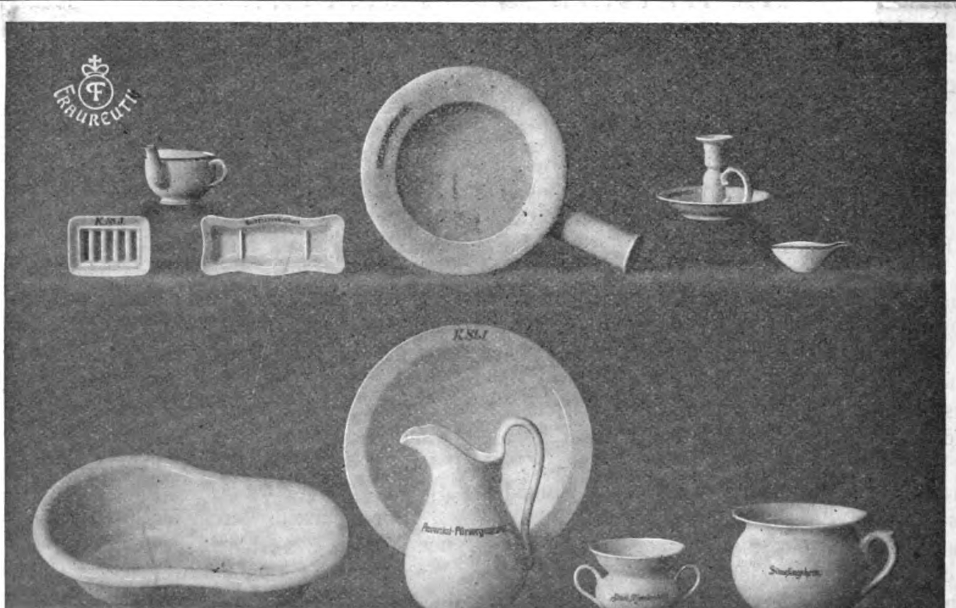
Weygandt-Hamburg empfiehlt statt dessen, an jede Fraktion mehrere Exemplare zu senden. Starlinger-Mauer-Öhling hat gute Erfahrungen mit solcher Zusendung an Mitglieder entsprechender Kommissionen gemacht und schlägt vor, das Buch bei kommenden Gelegenheiten allen Beteiligten zuzusenden. Die Unkenntnis der einschlägigen Materie in diesen Kreisen sei erstaunlich groß. Ganser-Dresden beantragt, den Vorstand zu ermächtigen, bis 100 Exemplare des Buches anzukaufen und darüber in geeigneter Weise zu verfügen. Es wird angeregt, dazu noch mit dem Reichstagsabgeordneten Geh. Med.-Rat Dr. Gerlach, früherem Direktor der Provinzialirrenanstalt in Münster, in Verbindung zu treten.

Der Antrag Gansers wird angenommen.

In die Standeskommission wird gewählt: an Stelle des verstorbenen Geh. Med.-Rats Professor Dr. Cramer-Göttingen Professor Schröder-Greifswald, an Stelle von Dr. Pförringer, der Anstaltsarzt geworden ist, Dr. Schulz, Assistenzarzt der Städtischen Nervenheilanstalt zu Chemnitz.

In den Vorstand wird an Stelle Cramers mit 80 von 105 abgegebenen Stimmen Bonhoeffer-Berlin gewählt, der die Wahl annimmt. Die satzungsgemäß ausscheidenden Vorstandsmitglieder Moeli und Tuczek werden wiedergewählt.

Der Vorsitzende teilt mit, daß den Anstalten Sorau und Zwiefalten zur Feier des hundertjährigen Bestehens der Glückwunsch des Vereins durch Alter sen. bezw. Kreuser überbracht worden ist und daß der Verein bei der Enthüllung des Ludwig-Denkmals in Heppenheim durch Kreuser vertreten war.



Schüle-Illenau wurde aus Anlaß seines 50-jährigen Dienstjubiläums auf Vorschlag des Vorstandes zum Ehrenmitglied des Vereins ernannt.

Dem Schatzmeister Kreuser wird auf Grund des gedruckten Rechenschaftsberichts nach Prüfung durch v. Blomberg und Zinn Entlastung erteilt. Der Jahresbeitrag wird wieder auf 5 M festgesetzt.

Hans Laehr berichtet, daß aus den Mitteln der Heinrich-Laehr-Stiftung im abgelaufenen Rechnungsjahr 4000 M an Rüdin-München für seine Erblichkeitsforschungen gegeben worden sind. Dem Stiftungsvorstand wird nach Prüfung der Abrechnung durch Schröder und Scholinus Entlastung erteilt.

Die Referate und Vorträge werden fortgesetzt.

(Fortsetzung folgt.)

Anstaltstechnisches.

— **Kopfkissen mit Pflanzen-Daunen.** Nicht nur für Kranke, sondern auch für gesunde Menschen kommt man immermehr davon ab, Federkopfkissen zu verwenden, da die Wärmeentwicklung am Hinterkopf, herbeigeführt durch die eigenartige Beschaffenheit der Daunen resp. Bettfedern, einen unruhigen Schlaf erzeugt und eine allzu große Tieflage des Kopfes bewirkt, da Federn bekanntermaßen durchliegen.

Man hilft sich in vielen Fällen mit Roßhaarkissen, deren Starrheit jedoch vielfach unangenehm empfunden wird.

Das Ideal eines vorzüglichen hygienischen Kopfkissens ist ein solches gefüllt mit Pflanzendaunen (Kapok). Pflanzendaunen halten genau den Mittelweg zwischen den allzuweichen Bettfedern und dem starren Haarmaterial. Nur ist vor allem zu bedenken, daß man die beste Qualität verwendet, die auf dem Markt in Kapok gehandelt wird, und lediglich rein Java- oder Deutsch-Ost-Afrika-Kapok verarbeitet. Minderwertige Qualitäten führen bei ihrer Verwendung zu solchen Zwecken zu keinem befriedigenden Resultat und ist davon ernstlich abzuraten.

Zu erwähnen wäre noch die vorzügliche Desinfizierbarkeit der Pflanzendaunen und das Bekanntsein der Hausfrau mit diesem Material für Sofakissen etc. Nicht zuletzt dürfte auf die erhebliche Verbilligung der Betten hinzuweisen sein gegenüber dem Stopfen mit Bettfedern, die ganz entbehrlich werden, da man auch Plumeaux schon seit langer Zeit bei besten Resultaten mit Pflanzendaunen füllt.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 26. 27. September. **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Paul Näcke †. (S. 307.) — Mitteilungen (S. 313): Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie zu Breslau. Fortsetzung. Internat. Liga zur Bekämpfung der Epilepsie. Über den Nachweis von Alkohol in der Spinalflüssigkeit von Säufern. — Referate (S. 319.) — Personalnachrichten (S. 319.) — Anstaltstechnisches (S. 320).

Paul Näcke †.

Am 18. August d. J. starb zu Colditz Obermedizinalrat Dr. Paul Näcke, Mitarbeiter unserer Zeitschrift seit ihrem Bestehen, kaum 1 Jahr, nachdem er dort seinen Posten als Direktor der Königl. Sächs. Landes-Pflegeanstalt für Geisteskranke angetreten hatte.



Bei der literarischen Fruchtbarkeit dieses Gelehrten ist es notwendig, auf die Eigenart und Bedeutung des Mannes näher einzugehen, wobei es gestattet sein mag z. T. den autobiographischen Notizen des Verewigten zu folgen.

Geboren am 23. Jan. 1851 zu St. Petersburg von einem deutschen Vater und einer französischen Mutter, kam er 5 Jahre alt nach Dresden, absolvierte hier das Gymnasium zum Hl. Kreuz, studierte darauf von 1870 an zu Leipzig und Würzburg und erlangte hier 1874 die ärztliche Approbation (Zensur I), nachdem er 1 Semester vorher summa cum laude promoviert worden war. Nach längerem Besuch der Hospitäler von Paris, wo er fast sämtliche damaligen wissenschaftlichen Größen kennen lernte, war er mehrere Jahre Assistent bei Winkel in Dresden sowie an den Krankenhäusern zu Danzig und Königsberg. Nach kurzer Tätigkeit als praktischer Arzt trat er 1880 zu Colditz in den Irrendienst seines Heimatstaates ein. 1889 siedelte er nach Hubertusburg über, nachdem er zuvor eine Zeitlang auf dem Sonnenstein gewirkt hatte. In Hubertusburg wurde er 1894 zum Oberarzt, 1902 zum Medizinalrat und 1904 zum ärztlichen Vorstand der Männerabteilung der damals unter einem nicht ärztlichen Verwaltungsbeamten stehenden Anstalt befördert, 1912 wurde ihm die Leitung der Pflegeanstalt zu Colditz übertragen, von der er nach einjähriger Tätigkeit — und nach $33\frac{1}{2}$jähriger rastloser Arbeit als Irrenarzt überhaupt →

jetzt durch den Tod abgerufen worden ist.

Sehr früh, als Gymnasiast und Student schon zeigte er seine vielseitigen Interessen, die er auch später durch eine dauernde Beschäftigung mit Weltliteratur, Philosophie, Sprachen, Kultur- und Kunstgeschichte sowie Archäologie weiter pflog, um aus ihnen für seine Spezialwissenschaft den Nutzen zu ziehen, der in seinen Publikationen oft genug hervortritt. Es gab kaum einen Wissenszweig, auf dem er nicht belesen war, kein Kunstgebiet, für welches er nicht lebhaftes Interesse empfand. Besonders war er ein enthusiastischer Verehrer der Musik und der Griffelkunst. Seine Ferien benutzte er stets zu Reisen, die ihn fast zu sämtlichen Kultur- und Kunststätten Europas, Kleinasiens und Afrikas führten und auf denen er auch eine große Zahl von Hospitälern und Irrenanstalten kennen lernte und mit zahlreichen Gelehrten des In- und Auslandes in Verbindung trat. N.s Hauptarbeitsfeld lag in der Ergründung der ätiologischen Momente der Psychosen und in der klinischen Beobachtung, auf welchen Gebieten er zahlreiche treffende Untersuchungen gemacht und bei seiner eminenten Belesenheit (er sprach oder las sieben verschiedene Sprachen!) und großen Divinationsgabe wertvolle und fruchtbringende Anregungen und Richtlinien gegeben hat. Für die praktische Betätigung der zeitraubenden Mikroskopie fehlte seinem beweglichen Geiste die Geduld, doch verfolgte er deren Ergebnisse wie die der später einsetzenden Serologie genau.

Nach einigen kleineren Arbeiten verschiedenen Inhaltes (unter ihnen eine solche über Delirium tremens, in der er zuerst den Begriff des „chronicum" prägte) ist N. in weiteren Kreisen wissenschaftlich zuerst bekannt geworden durch seine Arbeiten auf kriminalanthropologischem Gebiet, auf das er durch das an verbrecherischen Geisteskranken reiche Hubertusburger Material hingeführt wurde. So entstand sein „Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe" (s. u.), in dem er schon damals Lombroso entgegentrat, um von nun an dessen Verallgemeinerungen und Thesen aufs nachdrücklichste zu bekämpfen und so dazu beizutragen, daß er bei uns nicht zu größerer Geltung kam. Seine äußerst zahlreichen Arbeiten kriminalanthropologischen Inhaltes über Erblichkeit, Degenerationszeichen und Degeneration, seine Kasuistik usw. enthalten eine Fülle wertvoller und scharfsinniger Beobachtungen und Schlüsse, wobei ihm sein fabelhaftes Gedächtnis und seine große Belesenheit aus allen Grenzgebieten Beziehungen eröffneten. 1907 wurde N. der ehrenvolle Auftrag, an Stelle des verstorbenen Mendel in der Sektion der Gesellschaft f. gerichtl. Medizin auf der Naturforscherversammlung zu Dresden das Referat über Familienmord vom psychiatrischen Standpunkt aus zu erstatten.

Weiter beschäftigte er sich eingehend mit der Ätiologie der Paralyse. Hier strebte er bekanntlich danach, von der Lues abgesehen, „die Hypothese immer mehr zu stützen, daß diese Krankheit meist ein ab ovo invalides Gehirn trifft"; „dafür spricht nicht nur der Umstand, daß hier fast ebenso viele anatomische und psychische Stigmata wie bei anderen Geisteskrankheiten vorhanden sind, sondern daß auch die Erblichkeitsverhältnisse sich ähnlich verhalten". Die diesbezüglichen eingehenden Untersuchungen über Degenerationszeichen und Anomalien der Hirnoberfläche bei Paralytikern haben zweifellos bleibenden Wert. — Der „Moral insanity" sprach er als einer der ersten den eigenen Krankheitsbegriff ab. — Daß er in allen Anstalten für geistig und körperlich Defekte aus sozialen und wissenschaftlichen Gründen den ärztlichen Einfluß an erste Stelle setzte und deshalb hier ärztliche Direktionen verlangte, sei nebenbei betont.

Ein intensives Studium widmete er den psychologischen und psychopathologischen Geschlechtsproblemen, so daß er zweifellos zu den besten Kennern der Homosexualität gehörte, die er (und zwar die echte) für eine „angeborene (resp. tardive) Abnormität" erklärte, die nie durch Verführung usw. erzeugt werde, ja vielleicht eine „seltene normale Geschlechtsbefriedigung" bilde. Während er sonach den § 175 StrGB. bekämpfte, wies er als einer der ersten auf die „Bedeutung sexueller

Träume für die Diagnose der sexuellen Perversionen" hin.

Bei seiner seltenen Fähigkeit, immer konzentriert zu sein, hat N. neben seiner amtlichen Tätigkeit auch noch Zeit gefunden zu einer übergroßen Menge von Referaten, Besprechungen sowie größeren und kleineren Mitteilungen, in denen er die verschiedensten wissenschaftlichen Fragen behandelte (Archiv für Kriminalanthropologie).

In gerechter Würdigung seiner wissenschaftlichen Verdienste wurde ihm vom Staate der Professor-Titel verliehen; eine deutsche und zehn ausländische gelehrte Gesellschaften reichten ihm den Lorbeer der Anerkennung, indem sie ihn zu ihrem Ehren- resp. korrespondierenden Mitglied ernannten.

Als Mensch war Näcke ohne jedes Falsch, ein Mann von hohem sittlichen Ernst, gütig und hilfsbereit, wo sich ihm die Gelegenheit bot. In Gesellschaft — leider war er durch eine schon lange bestehende Neurasthenie größere Geselligkeit zu pflegen behindert — zeigte er sich heiter, äußerst anregend und fähig, jeder Sache die beste Seite abzugewinnen, wie er auch bei seinen Mitmenschen stets die guten Eigenschaften aufsuchte und deshalb nie jemanden völlig verurteilte.

Wer ihn nur aus seinen Arbeiten kennt, wird ihn allezeit ehren müssen als rastlos fleißigen Gelehrten, wer ihn näher kannte, wird seinen Tod betrauern,

---

Verzeichnis
der wissenschaftlichen Arbeiten Näckes.

1. Über Darmperforation und Typhus abdominalis. I.-D. Würzburg 1873.
2. Über die sogen. Colohyperplasia cystica. Arch. f. Geburtshilfe usw. 1876.
3. Ein Fall von Uterus bicornis. Ibidem.
4. Einige Fälle von Vaginalzysten. Deutsche Zeitschrift für praktische Medizin 1876, VII.
5. Über italienische Hospitäler. Berliner klin. Wochenschr. 1876, Nr. 33.
6. Zwei bemerkenswerte Fälle von Ileus. Dtsch. Archiv f. klin. Medizin 1877.
7. Eine Haarnadel im Bindegewebe zwischen Blase und Scheide. Berl. klin. Wochenschr. 1878, XXVIII.
8. Ein Beitrag zur Pathogenese des Albinismus partialis acquisitus (Vitiligo). Berliner klin. Wochenschr. 1881, Nr. XXXVI.
9. Kasuistische Beiträge zur Tracheotomie. Ibid.
10. Beiträge zur Lehre des Delirium tremens. Dtsch. Archiv f. klin. Medizin 1880.
11. Erfahrungen über einige neuere Arzneimittel der Psychiatrie: über Chloralamid, Hyoszin und Amylenhydrat (als Antiepileptikum). Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 1890.
12. Die Doppelmörderin K. B. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 47. Bd., 1890.
13. Hyoszin als Sedativum bei chronisch geisteskranken Frauen. Ebenda Bd. 48.
14. Duboisinum sulfuricum bei chronisch geisteskranken Frauen. Ebenda.
15. Über katatonische Symptome im Verlaufe der Paralyse bei Frauen. Ebenda Bd. 49.
16. Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe mit Ausblicken auf die Kriminalanthropologie überhaupt. Wien und Leipzig, 1894. Braumüller.
17. Untersuchung von 16 Frauenschädeln, darunter solche von 12 Verbrecherinnen. Archiv für Psychiatrie Bd. 24, 1893.
18. Über Mißbrauch der Lokalisationstheorie in Psychiatrie und Anthropologie. Vortrag, gehalten im Berl. psych. Verein vom 15. 3. 1893. Neur. Zentralbl. 1893, Nr. 19.
19. Das Vorkommen des Gaumenwulstes (torus palatinus) im Irrenhause und bei geistig Gesunden. Ibidem Bd. 25.
20. Zur Methodologie einer wissenschaftlichen Kriminalanthropologie. Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie 1893.
21. Rumination, ein seltenes und wenig beachtetes Symptom der Neurasthenie. Neur. Zentralbl. 1893.
22. Raritäten aus der Irrenanstalt. Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie Bd. 58, 1894.
23. Un cas de fétichisme de souliers avec remarques sur le perversion du sens génital. Bullet. de la Société de méd. ment. de Belgiques 1894.
24. La valeur des signes de dégénérescence dans l'étude des maladies mentales. Annales méd.-psychologiques 1894.
25. Die sogen. Moral insanity und der praktische Arzt. Ärztl. Sachverständigen-Zeitung 1895.
26. Der Alkohol als ätiologisches Moment bei chronischen Psychosen. Irrenfreund 1895.
27. Zur Behandlung der Unreinlichen. Allgemeine Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 52.
28. Die Menstruation und ihr Einfluß bei chronischen Psychosen. Arch. f. Psych. Bd. 28, 1896.

29. Vergleichende Untersuchungen über einige weniger beobachtete Anomalien am Kopfe. Ibid. Bd. 28.
30. Zur Frage der sogen. Moral insanity. Neurol. Zentralbl. 1896.
31. Weiteres zum Kapitel der Moral insanity. Ibidem.
32. Considérations générales sur la psychiatrie criminelle. Compte rendu IV. Congrès international d'Anthropologie crimin. Session de Génève. 1896.
33. Über Kriminalpsychologie. Erweiterter Vortrag. Wiener klin. Rundschau. 1896.
34. La psychologie criminelle. Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique 1896.
35. Problemi nell campto della funzione sessuale normale. Archiv. delle psicopatie sessuali 1896.
36. Dämmerzustand mit leichter Amnesie nach leichter Gehirnerschütterung, bewirkt durch einen heftigen Schlag ins Gesicht. Neurolog. Zentralbl. 1897.
37. Lombroso und die Kriminalanthropologie von heute. Zeitschr. f. Kriminalanthropologie 1897.
38. Die chirurgische Tätigkeit des Irrenarztes in der Anstalt. Irrenfreund 1897.
39. Die sogen. äußeren Degenerationszeichen bei der progressiven Paralyse der Männer, nebst einigen diese Krankheit betreffenden Punkten. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 55.
40. Die sexuellen Perversitäten in der Irrenanstalt. Psychiatrische en Neurologische Bladen 1899 und Wiener klin. Rundschau 1899.
41. Kritisches zur Lehre der „Moral insanity". Psych. Wochenschr. 1899.
42. Kritisches zum Kapitel der normalen und pathologischen Sexualität. Arch. f. Psych. Bd. 32. 1899.
43. Paralyse und Degeneration. Neurol. Zentralbl. 1899.
44. Richter und Sachverständiger. Arch. für Kriminalanthropologie usw. 1899.
45. Die Kastration bei gewissen Klassen von Degenerierten als wirksamer sozialer Schutz. Ibidem.
46. Rezidiv oder nicht? Obergutachten. Irrenfreund 1899 (?).
47. Die forensische Bedeutung der Träume. Arch. f. Kriminalanthropologie usw. 1900.
48. Über einige makroskopische Hirnbefunde bei männlichen Paralytikern. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1900.
49. Die Rolle der erblichen Belastung bei der progressiven Paralyse. Neurol. Zentralbl. 1900.
50. Note sur les recherches anthropologiques chez les vivants en général et sur celle de la progenie en particulier. Arch d'anthropologie gén. 1900.
51. Zur Pathogenese und Klinik der Wadenkrämpfe. Neurol. Zentralbl. 1901.
52. 7 Tage lang anhaltende völlige und plötzlich nach Chloroform-Asphyxie eingetretene Aufhellung des Geistes bei einer sekundär verwirrten Geisteskranken. (Mit Dr. Steinitz.) Irrenfreund 1901.
53. Drei Kriminalanthropologische Themen. Arch. f. Kriminalanthropologie VI. Bd. 1901.
54. Ein Beitrag zur gegenseitigen Beeinflussung der Geisteskranken (Fall von „musikalischer Infektion"). Neurol. Zentralbl. 1901.
55. Einige „innere" somatische Degenerationszeichen bei Paralytikern und Normalen, zugleich als Beitrag zur Anatomie und Anthropologie der Variationen an den inneren Hauptorganen des Menschen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 58.
56. Über die sogen. „Moral insanity". Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens XVIII, Wiesbaden 1902. Bergmann.
57. Angebot und Nachfrage von Homosexuellen in Zeitungen. Arch. f. Kriminalanthropologie usw. 8. Bd., 1902.
58. Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Halle a. S. 1902. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
59. Gedanken eines Mediziners über die Todesstrafe. Arch. f. Kriminalanthropologie 1902.
60. Probleme auf dem Gebiete der Homosexualität. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 59.
61. Clinical and pathological changes in dementia paralytica during recent decades. The Alienist and Neurologist 1903.
62. Einige psychologisch dunkele Fälle von geschlechtlichen Verirrungen in der Irrenanstalt. Jahrbuch für sex. Zwischenstufen 1903.
63. Sind wir dem anatomischen Sitz der Verbrecherneigung wirklich näher gekommen, wie Lombroso glaubt? Arch. f. Kriminalanthr. 1903.
64. Zur Physio-Psychologie der Todesstunde. Ibidem.
65. L'anthropologie criminelle en Allemagne dans le cours des dernières années. Archives d'anthropologie 1903.
66. Forensisch-psychiatrisch-psychologische Randglossen zum Prozesse Dippold. Arch. f. Krim.-Anthropologie 1903.
67. Einiges zur Frauenfrage und zur sexuellen Abstinenz. Ibidem.

68. Adnexe oder Zentralanstalten für geisteskranke Verbrecher? Psych.-neurologische Wochenschrift 1904.
69. Spezialanstalten für geistig Minderwertige. Ibidem 1904.
70. Erweiterung des Adnexes für geisteskranke Verbrecher. Ibidem 1904.
71. Über den Wert der sogen. Kurven-Psychiatrie. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1904.
72. Über den Wert der sogen. Degenerationszeichen. Monatsschr. f. Kriminalpsychologie 1904.
73. Ein Besuch bei den Homosexuellen in Berlin. Mit Bemerkungen über Homosexualität. Arch. f. Kriminalanthropologie 1904.
74. Die Überempfindlichkeit gewisser Sinne als ein möglicher kriminogener Faktor. Ibidem 1904.
75. Die Gatten-, Eltern-, Kindes- und Geschwisterliebe usw. Arch. f. Kriminalanthropologie Bd. 20, 1905.
76. Ein Beitrag zur Pathogenese des Naevus vascularis. Neur. Zentralbl. 1905, XX.
77. Die Spätepilepsie im Verlaufe chronischer Psychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 62. Bd., 1905.
78. Der Traum als feinstes Reagens für die Art des sexuellen Empfindens. Monatsschrift für Kriminalpsychologie 1905.
79. Erblichkeit und Prädisposition resp. Degeneration bei der progressiven Paralyse der Irren. Arch. f. Psych. 41. Bd., 1906.
80. Syphilis und Dementia paralytica in Bosnien. Neurol. Zentralbl. 1906, IV.
81. Der Kuß bei Geisteskranken. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 63. Bd., 1906.
82. Wahnidee und Irrtum. Psych.-neurologische Wochenschr. 1906, 48 und 49.
83. Zur Methodik der folkloristischen Forschung. Polit.-anthropol. Revue 1906, II.
84. Zur angeblichen Entartung der romanischen Völker, speziell Frankreichs. Arch. f. Rassen- und Gesellschafts-Biologie 3. Jahrg. 1906.
85. Das prozentual ausgedrückte Heiratsrisiko bz. Ausbruchs und Vererbung von Geistes- und Nervenkrankheiten. Allg. Zeitschr. f. Psych. 63. Bd., 1906.
86. Einige Punkte aus der Lehre der sog. „Moral insanity". Psych.-neurol. Wochenschr. 1906, Nr. 13 u. 14.
87. Sind die Degenerationszeichen wirklich wertlos? Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin usw. 1906.
88. Rasse und Verbrechen. Arch. f. Kriminalanthropologie 25. Bd., 1906.
89. Einige psychiatrische Erfahrungen als Stütze für die Lehre von der bisexuellen Anlage des Menschen. Jahrb. f. sexuelle Zwischenstufen 8. Jahrg., 1906.
90. Vergleich von Verbrechen und Homosexualität. Monatsschr. f. Kriminalanthropologie 1906.
91. Ein Knabe als Prediger und Prophet. Arch. f. Kriminalanthrop. 1906.
92. Über Wadenkrämpfe. Monatsschr. f. Psych. u. Neurologie 1906.
93. Zur Ethymologie der Ausdrücke: „Crampées" und „Krampf". Neurol. Zentralbl. 1907.
94. Das Vorkommen von Wadenkrämpfen im orientalischen Gebiet in alter und neuer Zeit. Neur. Zentralbl. 1907, XVII.
95. Über Konstrastträume und speziell sexuelle Konstrastträume. Arch. f. Kriminalanthropologie 28. Bd., 1907.
96. Zur Psychologie der plötzlichen Bekehrungen. Zeitschr. f. Religionspsychologie 1. Bd., 1907.
97. Identitätsnachweis an Kindern. Arch. f. Kriminalanthropologie 28. Bd., 1907.
98. Einteilung der Homosexuellen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 65. Bd., 1908.
99. Die Diagnose der Homosexualität. Neurolog. Zentralbl. 1908.
100. Die angeblichen sexuellen Wurzeln der Religion. Zeitschr. f. Religionspsychologie 1908.
101. Gedanken über sexuelle Abstinenz. „Sexuelle Probleme" 1908.
102. Homosexualität in romanischen Ländern. Zeitschr. f. Sexualwissenschaft 1908.
103. Über Familienmord durch Geisteskranke. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 1908.
104. Der Fußfetischismus der Chinesen. Zeitschr. f. Sexualwissenschaft 1908.
105. Die Zeugung im Rausche und ihre schädlichen Folgen für die Nachkommenschaft. Neurol. Zentralbl. 1908.
106. Zur Psychologie der Kinder als Opfer von Sittlichkeitsverbrechen. Arch. f. Kriminalanthropologie 32. Bd., 1908.
107. Vergleichung der Hirnoberfläche von Paralytikern mit den von Geisteskranken. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 65. Bd., 1908.
108. Die ersten Kastrationen aus sozialen Gründen auf europäischem Boden. Neurol. Zentralblatt 1909.
109. Über die Pollutio interrupta. Münch. mediz. Wochenschr. 1909.
110. Echte angeborene Homosexualität und Pseudohomosexualität. Deutsche med. Wochenschrift 1909.
111. Die Gehirnoberfläche von Paralytischen. Ein Atlas mit 49 Abbildungen nach Zeichnungen

usw. Mit Vorwort von Prof. Flechsig. Leipzig 1909. Vogel.
112. Einiges über Pollutionen. Neurol. Zentralbl. 1909.
113. Zur Psychologie der sadistischen Messerstecher. Arch. für Kriminalanthropologie 35. Bd., 1909.
114. Der Tabak in der Ätiologie der Psychosen. Wiener klin. Rundschau 1909.
115. Beiträge zur Morphologie der Hirnoberfläche. Arch. f. Psychiatrie 46. Bd., 1909.
116. Über atypische Paralysen. Zeitschr. f. Psychiatrie 67. Bd., 1910.
117. Über Kleiderfetischismus, anknüpfend an einen seltenen Fall von Unterrocksfetischismus. Arch. f. Kriminalanthropologie 37. Bd., 1910.
118. Der angebliche Gottes- und Unsterblichkeitsglaube bei den prähistorischen Völkern. Zeitschr. für Religionspsychologie 1910.
119. Durch Introspektion gewonnene Einblicke in gewisse geistige Vorgänge. Neur. Zentralblatt 1910, XIII.
120. Die Behandlung der Homosexualität. Sexual-Probleme 1910.
121. Weiteres über Pollutionen und Verwandtes. nebst mediko-historischen Notizen. Neurol. Zentralbl. 1910, XXII.
122. Die moderne Übertreibung der Sexualität. Arch. f. Kriminalanthropologie 29. Bd., 1910.
123. Die Bedeutung der Hirnwindungen in physiologischer, pathologischer und anthropologischer Hinsicht. Biolog. Zentralbl. XXX. Bd., 1910.
124. Einfluß von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auf den Verlauf einer vorher schon bestehenden chronischen Psychose, sowie das eigene Verhalten dieser Generationsvorgänge. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 66. Bd., 1911.
125. Die diagnostische und prognostische Brauchbarkeit der sexuellen Träume. Ärztl. Sachverständigen-Zeitung 1911.
126. Homosexualität und Psychose. Zeitschr. f. Psychiatrie 68. Bd., 1911.
127. Biologisches und Forensisches zur Handschrift. Neurol. Zentralbl. 1911.
128. Hochgradigste Entartung eines Idioten. Zeitschrift. f. die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns V. Bd., 1911.
129. Die Schriftvergleichung in der Shakespeare-Bacon-Frage. Archiv f. Kriminalanthropologie 1911.
130. Zur Identifizierung verwandter Personen. f. Kriminalanthropologie 43. Bd., 1911.
131. Über tardive Homosexualität. Sexualprobleme 1911.
132. Zur Frage der sexuellen Abstinenz. Deutsche med. Wochenschr. 1911, Nr. 43.
133. Die Dauer der postmortalen mechanischen Muskel-Erregbarkeit bei chronisch Geisteskranken speziell Paralytikern. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. und Psych. VII. Bd., 1911.
134. Alkohol und Psychose. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 68. Bd., 1911.
135. Die Trennung der Neurologie von der Psychiatrie und die Schaffung eigener neurologischer Kliniken. Neur. Zentralbl. 1912.
136. Über Fieberphantasmen im Wachen (nach eigener Selbstbeobachtung). Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie VIII. Bd., 1912.
137. Ein Fall von atypischer Paralyse mit echt epileptischen Krämpfen und wochenlang andauerndem Korsakoff. Arch. f. Psychiatrie 49. Bd., 1912.
138. Das Schicksal der isoliert auftretenden Parästhesien im Gebiet des N. cutaneus femoris externus und momentanes Heißwerden der Extremitäten. Neur. Zentralbl. 1912.
139. Kriminologische und sexuelle Studien: a) Zum Kapitel der Transvestiten nebst Bemerkungen zur weiblichen Homosexualität. b) Die Grenzen der sexuellen Aufklärung. c) Über Privatrache (Volksjustiz) beim Ehebruch spez. die ῥαφανίδωσις. Arch. f. Kriminalanthropologie 47. Bd., 1912.
140. Einteilung der (habituell) Antisozialen und der mehr oder minder moralisch Defekten. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie X. Bd., 1912.
141. Zwei sexuelle Themen: 1. Die Zeugung im Rausch und ihre schädlichen Folgen. 2. Die inadäquate Keimmischung (Keimfeindschaft). Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie XI. Bd., 1912.
142. Die Überbleibsel der Lombrososchen kriminalanthropologischen Thesen. Arch. f. Kriminalanthropologie 50. Bd., 1912.
143. Einiges zur Lehre von der Homosexualität und speziell ihrer Ätiologie. Kritische Gänge und methodologische Betrachtungen. Zeitschr i. d. ges. Neurologie und Psychiatrie. XV.
144. Einige Bemerkungen bezügl. der Zeichnungen und anderer künstlerischer Äußerungen von Geisteskranken. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie XVII. Bd., 1913.
145. Die Zeugung im Rausche. III. Mitteilung. Ebenda.
146. Der endogene Faktor in der Pathogenese der Paralyse. Ebenda XVIII. Bd.

Mitteilungen.

— **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Breslau** am 13. und 14. Mai 1913. Bericht nach Autoreferaten und nach dem offiziellen Bericht in Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, 70. Bd., V. Heft, ausgegeben am 23. VIII. 1913. (Fortsetzung.)

W. Weygandt, Hamburg-Friedrichsberg: Über Infantilismus und Idiotie.

Die Psychiatrie hat der Gruppe der jugendlichen Defektzustände immer noch nicht genügende Rücksicht gewidmet, wie auch die vorgeschlagene Neueinteilung der Geistesstörung ergibt, wobei eine Gruppe der Imbezillität und Debilität und eine andere der Idiotie zugewiesen wird, letztere mit den Untergruppen der syphilitischen, enzephalitischen und hydrozephalen sowie der sonstigen Formen, während die thyreogenen Störungen ganz abgetrennt werden. Auch heute hat die Zusammenfassung aller Fälle, in denen durch pathologische Umstände ein Organismus nicht zur vollen Entwicklung gelangte, also eine Mißreifung oder Dysgenesie vorliegt, durchaus ihre Berechtigung. Rein praktisch ist die graduelle Gliederung in Idiotie, Imbezillität, Debilität; wissenschaftlich muß aber eine Bildung klinischer Gruppen mit allen Hilfsmitteln der Ätiologie, Psychologie, Anatomie und Serologie angestrebt werden. Vor allem fruchtbar ist die Lehre des Infantilismus, insbesondere der innersekretorischen Störungen.

Eine derartige Gliederung würde heutzutage folgende Gruppen ermöglichen:

1. geistige Unterentwickelung infolge von Erziehungsmangel und
2. infolge von Sinnesmangel; diese beiden Gruppen haben mehr historisches Interesse.

Eingeschränkt gegen früher ist die Zahl der Fälle einer endogenen, schon im Keimplasma begründeten Anlagehemmung des Hirns (3.), manchmal sind hinzutretende exogene Faktoren schwer auszuschließen.

Besonders bedeutsam sind die Gruppen der Hirnentwicklungsstörung auf entzündlicher Grundlage, (4.) Enzephalitis mit ihren mannigfachen Formen Porenzephalie, Mikrogyrie, diffuser Sklerose, seltener (5.) Meningitis, ferner (6.) Hydrozephalie. Es kommen mancherlei Übergangsformen zwischen diesen vor.

Im wesentlichen endogen sind (7.) die amaurotische familiäre Idiotie, (8.) die tuberöse hypertrophische Sklerose, deren Diagnose intra vitam erst seit wenigen Jahren gelingt, dann (9.), die verbreitete mongoloide Degeneration.

Der Infantilismus, das Zurückbleiben der Entwicklung auf einem früheren Jahren entsprechenden, im wesentlichen kindlichen Standpunkt, erstreckt sich nicht allein auf die körperliche Seite, sondern auch meist auf die psychische Sphäre. Letztere kann bis zu schwerer Idiotie gehemmt und auch direkt verschlechtert sein. Dystrophischer Infantilismus (10.) ist bedingt durch Milieueinflüsse, Unterernährung, Darmstörung usw., dann durch Herzfehler (Pulmonal- und Mitralinfantilismus), ferner durch Gifte wie Alkohol, Blei, Quecksilber, schließlich durch Infektion wie Syphilis, Tuberkulose, Malaria, Pellagra. Bei allen diesen Formen kann die Intelligenz betroffen sein, meist nur im Grade der Debilität und Imbezillität.

Wichtiger noch sind die mannigfachen Formen des glandulären Infantilismus. Zunächst kommen in Betracht (11.) der Status thymicolymphaticus und die Idiotia thymica. Dann (12.) die bedeutsame Gruppe des Dysthyreodismus. Neben Überfunktion der Schilddrüse (Basedow) kann in mannigfacher Weise die Unterfunktion eintreten, so als sporadisches Myxödem bei Kindern wie auch bei Erwachsenen, dann als endemischer Kretinismus, weiterhin als strumöser Schwachsinn (ohne Myxödem und Zwergwuchs), schließlich als thyreoprive Degeneration.

Auch mit (13.) Dysgenitalismus unter den auffallenden äußeren Erscheinungen des eunuchoiden Riesenwuchses und der Fettsucht kann Schwachsinn verbunden sein.

Dyspituitarismus (14.) findet sich als Degeneratio adiposogenitalis, indem Tumor oder Meningitis serosa den hinteren Hypophysenlappen stören, mehrfach verbunden mit erethischer Idiotie, dann als Akromegalie, gelegentlich mit Idiotie verbunden, auf Grund adenomatöser Vergrößerung des Drüsenlappens der Hypophyse und seiner Äquivalente und entsprechender Überfunktion, schließlich aber auch als hypophysärer Nanismus auf Grund von Unterfunktion dieses Teiles.

Dyspinealismus bedingt die eigenartigen Fälle von körperlicher und psychischer Frühreife.

Dysadrenalismus (15.) in Form der Unterfunktion des chromaffinen Systems bringt die Addisonsymptome, dabei psychische Apathie, vereinzelt auch Zwergwuchs, während die adenomatös bedingte Überfunktion der Nebenniere Beschleunigung des Wachtums und der Geschlechtsreife, sowie gelegentlich sexuelle Umwandlung hervorbringt.

Daneben ist zu konstatieren, daß manchmal nicht nur im späteren Leben, sondern auch in der Kindheit gleichzeitig mehrere Blutdrüsen insuffizient werden können und somit eine (16.) pluriglanduläre Degeneration eintritt. Manche Fälle sind schwer zu deuten, so der einer Familie von 6 Brüdern, von denen der 1., 3. und 5. körperlich und geistig zurückgeblieben sind. Der älteste ist 17 Jahre alt, 93 cm groß, zeigt erhebliche Ossifikationshemmung, angeborenen Herzfehler und Schwachsinn sowie Hirndruckerscheinungen.

Syphilis (17.) bedingt außer kindlicher Paralyse auch mannigfache Idiotieformen, auch Porenzephalie, Hemiplegie, Hydrozephalie, Meningitis, dann vereinzelte nervöse Symptome, ferner ausgesprochenen Infantlismus. Die Psyche kann in verschiedensten Graden ergriffen oder auch intakt sein. Nicht nur Erb-Syphilis, sondern auch erworbene kann derartige Folgen haben.

Alkohol (18.) ist bedeutsam als Keimschädigung. Trinkerkinder sind gefährdet durch Enzephalitis, Epilepsie und andere Störungen; aber auch der von Kindern genossene Alkohol schädigt in der Form meist leichteren

Schwachsinns; auch Infantilismus kann dadurch bedingt sein; gelegentlich brechen auch in der Kindheit Alkoholpsychosen wie Delirium tremens aus.

Athetose (19.) kann mit Schwachsinn verknüpft sein, Chorea (20.) kann in der Kindheit psychische Störungen bringen.

Spasmophilie (21.) kann psychische Minderwertigkeit bedingen; Epilepsie, von der sie nicht immer rein abzutrennen ist, kann symptomatisch auftreten, bei Enzephalitis, Hydrozephalie, tuberöser Sklerose usw., aber auch genuin, mit vorwiegend ungünstiger Einwirkung auf die kindliche Psyche.

Rachitis (22.) läßt meist die Psyche intakt, aber in manchen Idiotiefällen scheint doch schwere Rachitis die Ursache zu sein.

Chondrodystrophie (23.) ist gelegentlich mit Imbezillität oder Debilität verknüpft.

Turmschädel (24.), vielfach verbunden mit Erblindung, läßt gewöhnlich die Psyche intakt, aber doch kann auch Schwachsinn dadurch hervorgerufen werden.

Verschiedene Geisteskrankheiten können sich schon durch Störung der Jugendentwicklung ankündigen, so Dementia praecox (25.), von der zweckmäßig ein in frühester Kindheit einsetzender, rasch verlaufender Verblödungsprozeß als Dementia infantilis (26.) abgegrenzt wird.

Manisch-depressives Irresein (27.) bildet gelegentlich die Grundlage gestörter Jugendentwicklung; nicht selten tritt degenerative Hysterie (28.) mit Pseudologie in der Kindheit auf, gelegentlich mit Imbezillität verbunden. Auch neurasthenische Störung (29.) der psychischen Jugendentwicklung kommt vor.

Schließlich können als Restgruppe (30.) einige mehr oder weniger seltene Nervenkrankheiten erwähnt werden, die gelegentlich in der Kindheit eine Störung der geistigen Entwicklung bedingen, vor allem multiple Sklerose, spinale Kinderlähmung, familiäre erbliche Spinalparalyse, Friedreich'sche Ataxie, infantiler Kernschwund nach Möbius, Hemidystrophia faciei. Schwer zu beurteilen und wahrscheinlich meist zu hoch veranschlagt ist die Bedeutung des Traumas, besonders in der Geburt, für die Entstehung einer Idiotie.

Der Vortrag ist illustriert durch 120 Tafeln mit Abbildungen klinischen, kraniologischen und histologischen Inhalts, sowie durch Idiotenschädel.

(Autoreferat.)

Römer, Illenau: Zur Methode der Irrenstatistik. (Erscheint unter den Originalien dieser Wochenschrift.)

Alzheimer, A.: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox. (Autoreferat, erschien unter den Originalien der vorigen Nummer ds. Wochenschrift.)

Walter, F. K.: Die Wirkung der normalen und pathologisch veränderten Schilddrüse auf das Nervensystem nach experimentellen Untersuchungen.

Vortragender geht von der früher von ihm nachgewiesenen Beeinflussung der Nervenregeneration durch Exstirpation der Schilddrüse aus. Diese Wirkung kann nur eine direkte, nicht durch die Stoffwechselstörung bedingte sein, da sie sofort in voller Stärke auftritt, während die klinischen Kachexiesymptome und unter ihnen auch die Stoffwechselstörung erst allmählich im Verlauf von Wochen sich entwickeln.

Die Möglichkeit, daß beide voneinander unabhängig durch ein ev. bivalentes Hormon der Schilddrüse bedingt seien, schließt W. auf Grund von Versuchen an Tritonen aus. Bei diesen Tieren, die rein symptomatisch ebenso wie höhere Wirbeltiere und speziell der Mensch eine typische Kachexia strumipriva als Folge der Thyreoidektomie aufweisen, führte die Beseitigung der Schilddrüse zu ganz analogen Störungen der Extremitäten-Regeneration wie eine teilweise Beseitigung der Innervation; nämlich: Verlangsamung des Wachstums des amputierten Gliedes, Verminderung der Zehenzahl und häufig Verwachsung der regenerierten Zehen. Daraus folgert W., daß auch die Wachstumsstörungen bei Thyreoidektomie durch Vermittelung des Nervensystems zustande kommen. Daß dies auch für die menschlichen Kretinen gilt, dafür spricht, daß Marinesco an einem solchen Individuum ebenfalls die Hemmung der Nervenregeneration feststellen konnte, wie Vortragender sie im Tierexperiment nachwies.

Da nun nach Schilddrüsenexstirpation im Zentralnervensystem erst sehr spät histologische Veränderungen gefunden werden, trotzdem die Regenerationshemmung sofort eintritt, so ist hiermit der Fall einer schweren physiologischen Funktionsstörung gegeben, der lange ohne organische Schädigung bestehen kann, wie der sofortige Wiedereintritt des Regenerationswachstums der Nerven nach Verfütterung von Schilddrüsenpräparaten beweist: Ein prinzipieller Unterschied zwischen „funktionell" und „organisch" besteht hier also nicht, sondern beide gehen ganz fließend ineinander über.

W. warnt daher vor der Bezeichnung „funktionell" bei zyklisch oder periodisch verlaufenden nervösen resp. psychischen Symptomen, da man sich nach dem Beispiel der Schilddrüsenfunktion dieselben durch zeitweise Afunktion analog wirkender Drüsen mit innerer Sekretion ausgelöst denken könnte.

Daß ein ähnlicher Zusammenhang bei der Dementia praecox vorhanden ist, scheint W. trotz der noch mangelhaften und unregelmäßigen Befunde pathologisch anatomischer Natur an den innersekretorischen Drüsen bei dieser Erkrankung wahrscheinlich. Denn auch beim Morbus Basedow, der nach Untersuchungen Walters und Rosemanns ein Dysthyreoidismus ist, sind oft histologische Veränderungen nur sehr schwer nachweisbar und treten vielfach unter verschiedenen Bildern (Kolloidstruma, Adenom der Thyreoidea usw.) auf, wobei nach A. Kocher und Pettavel auch die anderen Drüsen mit innerer Sekretion sehr häufig nicht normal sind. Jedenfalls läßt dies Beispiel einer innersekretorischen Drüsenerkrankung darauf schließen, daß, wenn die Dementia praecox durch Störungen der inneren Sekretion bedingt ist, wir auch hier nicht nur verschiedene derartige Organe erkrankt finden, sondern auch die Veränderungen der einzelnen Drüsen teils sehr gering, teils unter verschiedenen Formen auftreten können.

(Autoreferat.)

A. Jakob, Hamburg: Pathologie der (nicht genuinen) Epilepsie (mit Demonstrationen).

Vortr. referiert über seltene Fälle, die klinisch als „genuine Epilepsie" diagnostiziert wurden, und bei denen die anatomische Untersuchung einen bemerkenswerten und interessanten Befund erheben konnte.

1. P. We., mit hereditärer Belastung (Potus der Großeltern) und normaler Geburt und Entwicklung bis zur Impfung im 2. Jahr. Vier Tage nach der Impfung veitstanz-ähnliche Zuckungen im ganzen Körper, die ungefähr ein halbes Jahr nachher zu schweren epileptischen Anfällen wurden. Die Anfälle treten oft gehäuft auf; auch Tobsuchtsanfälle kommen hinzu. P. bleibt in der geistigen Entwicklung zurück. Mit 22 Jahren in Friedrichsberg aufgenommen, zeigt er körperlich nur auf dem Rücken und der rechten Brustseite einige pigmentierte erbsen- bis bohnengroße Naevi als auffallenden Befund. Die psychische Entwicklung gleicht einem 6jähr. Kind; die Sprache ist stotternd. Die Anfälle treten zumeist gehäuft auf, in den letzten 34 Stunden ungefähr 400 Anfälle. Exitus im Status epilepticus mit 24 Jahren.

Die Sektion ergibt eine prall gespannte Dura und abgeplattete Hirnwindungen, als weiteren auffallenden Befund nur am oberen Pole der F_2 eine verbreiterte, etwas derbe, sich leicht vorwölbende Windung, die auf dem Durchschnitt gefäßlos-weiß, derber und unscharf gegen das Mark abgegrenzt erscheint. Sonst findet sich — außer den Hautnaevi — weder im Gehirn noch im übrigen Körper etwas Auffallendes.

Die mikroskopische Untersuchung weist in der erwähnten Windungspartie neben einer beträchtlichen Gliazell- und Faserwucherung namentlich in der äußersten Schicht gewisse Störungen der Zellarchitektonik nach und vor allem das Vorkommen großer atypischer Zellen, die teils als Ganglienzellen, teils als Gliazellen aufgefaßt werden müssen. Im übrigen Gehirn sind an manchen Stellen proliferative Erscheinungen der Randglia, degenerative Veränderungen an den Ganglienzellen und Kernteilungen an den Gliaelementen festzustellen.

Der Fall ist als abortive Form einer tuberösen Sklerose aufzufassen und ist dadurch interessant, als er nur einen Windungsabschnitt im Sinne dieser Erkrankung affiziert zeigt und als sich keine zirkumskripten Knoten im Gehirn noch Tumoren an Herz und Niere auffinden lassen.

Eine gewisse Verwandtschaft im anatomischen Befunde zeigt ein 2. Fall:

P. Scha., ohne Heredität, mit normaler Entwicklung; leicht aufgeregt. Mit 6 Jahren Masern und hierauf krampfartige Zuckungen, die allmählich länger dauern und zu Krämpfen werden. Zeitweise gehäufte Anfälle und Schreikrämpfe. Mit 13 Jahren aufgenommen, zeigt das Kind körperlich Schwimmhautbildung an Händen und Füßen, sehr lebhafte Sehnenreflexe. Wa.-R. im Blut und Liquor —. P. ist gewalttätig, widerspenstig und eigensinnig. Gehäufte Anfälle und Absenzen; in den letzten drei Tagen über 70 Anfälle. Exitus mit 12½ Jahren im Status epilepticus.

Die makroskopische Sektion ergibt nichts Besonderes. Mikroskopisch findet sich vornehmlich eine bedeutende Gliaproliferation in der ersten Rindenschicht mit Cajal'schen Zellen, eine beträchtliche Vermehrung gewucherter Gliazellen in Rinde und Mark, Desorientierung von Ganglienzellen in den einzelnen Rindenschichten und Einlagerung zahlreicher Ganglienzellen in den der Rinde angrenzenden Markanteilen. An einer Stelle enthält die vierte Rindenschicht eine ganz atypische bipolare Ganglienzelle. Häufig sieht man, wie Ganglienzellen von den zahlreichen gewucherten Gliazellen wie eingekapselt werden; auch synzytialen Verbänden von Gliazellen wie Kernteilungen in diesen begegnet man nicht selten. Außerdem ist noch eine beträchtliche Ependymwucherung in den Ventrikeln festzustellen. Die Veränderungen sind in der Großhirnrinde am meisten ausgesprochen, aber auch in den basalen Ganglien und im Kleinhirn deutlich vorhanden. (Der Nucl. dendatus des Kleinhirns scheint frei.)

So zeigt der an sich sehr charakteristische Befund gewisse Verwandtschaft mit den in manchen Fällen von genuiner Epilepsie gefundenen Veränderungen (Alzheimer), andrerseits hat er an vereinzelten Stellen Ähnlichkeit mit Bildern der tuberösen Sklerose und ähnelt wohl mit gewissen Verschiebungen und Einschränkungen am meisten dem anatomischen Substrat eines von Alzheimer näher erläuterten Falles von Westphal-Strümpell-scher Pseudosklerose. Während wir in all diesen verwandten Prozessen Differenzierungs- und Anlagestörungen annehmen müssen, ist ein weiterer 3. Fall genetisch anders aufzufassen:

P. Go., hereditär belastet (Vater der Mutter Trinker; Mutter epileptisch), von guter körperlicher Entwicklung; bleibt in der Schule sitzen, kann aber als Bäcker arbeiten. Mit 17 Jahren zum erstenmal epileptische Krämpfe, die sich von da an, mit sehr schweren Erregungszuständen verbunden, monatlich ungefähr drei- bis viermal wiederholen. Die Anfälle werden häufig von einem kribbelnden Gefühl in den Händen eingeleitet. P. zeigt stotternde Sprache; stirbt plötzlich nach einem sehr schweren Anfall im Alter von 54 Jahren.

Bei der Hirnsektion findet sich eine beiderseits symmetrisch gelagerte, eingesunkene, derbe und mikrogyre Partie in der hinteren Umgrenzung der Sylvischen Furche, vornehmlich die untersten vorderen Windungen des Parietallappens und die T.s befallend (r. $<$ l.). Mikroskopisch zeigt sich, daß die betreffenden Windungsstellen marklos und sklerosiert sind: die Ganglienzellen, z. T. zweikernig und schwer sklerotisch verändert, liegen in unregelmäßigen Gruppen zusammen, die Glia ist namentlich am Rande stark gewuchert, so daß einzelne Brücken zwischen solchen sklerotischen Windungen nur von büschelförmiger faseriger Glia gebildet sind.

Der Prozeß wird als atrophische lobäre Sklerose, basierend auf einer alten Enzephalitis, aufgefaßt.

Die Ausführungen werden durch Demonstration von Hirnschnitten, Mikrophotogrammen und Zeichnungen erläutert. (Eigenbericht.)

Weber, Chemnitz: Anatomische Befunde bei akuten Psychosen.

Manchmal findet sich als anatomisch nachweisbare Grundlage einer scheinbar rein funktionellen Psychose eine Kombination verschiedener Krankheitsprozesse, von denen jeder einzelne die akute, tödlich verlaufende Geistesstörung nicht ausreichend erklären würde. Es handelt sich gewöhnlich um Einwirkung einer akuten Schädigung auf einen schon länger bestehenden chronischen Hirnprozeß. Der letztere kann derartig sein, daß er, obwohl er eine diffuse Veränderung des Gehirns darstellt, doch lange Zeit keine Funktionsstörungen hervorruft und deshalb symptomlos bleibt. Erst unter der Einwirkung der akuten Noxe versagt das durch den chronischen Prozeß beeinträchtigte Gehirn und reagiert mit schwerer, oft tödlich verlaufender Funktionsstörung.

Von solchen akuten Schädigungen kommen in Betracht: Traumen, Intoxikationen, Infektionen, Erkrankungen anderer Organe, namentlich Kreislaufstörungen. Als chronische Hirnprozesse, die lange Zeit symptomlos bleiben können, finden sich diffuse chronische fibröse Leptomeningitis, vielleicht als Residuum einer früheren akuten Erkrankung oder diffuse Sklerose der Hirngefäße. Die letztere, wenn sie in Form der fibrösen Entartung zahlreicher feiner Gefäßäste auftritt, kann nicht nur längere Zeit symptomlos bleiben, sondern ist oft auch post mortem makroskopisch nicht erkennbar, so daß erst durch die mikroskopische Untersuchung diese anatomische Grundlage festzustellen ist.

Es ist denkbar, daß auch bei akuten, nicht tödlich verlaufenden Psychosen gelegentlich ein ähnlicher Mechanismus zugrunde liegt, der, weil der chronische Prozeß für sich allein keine Symptome gemacht hat, schwer nachgewiesen werden kann. Dadurch würde sich für manche Fälle die elektive Wirkung akuter Schädigungen erklären, ohne daß man jedesmal zu der Hypothese einer endogenen Prädisposition seine Zuflucht zu nehmen braucht. Auch andere, organische Hirnerkrankungen bestimmter Art, z. B. meningitische Prozesse, Tumoren, können gelegentlich durch eine solche Kombination von zwei ganz anders gearteten Veränderungen vorgetäuscht werden.

Folgende Fälle werden als Beispiele angeführt:

1. Akuter Prozeß: Zirkulationsstörung, chronische Veränderung, schwielige Leptomeningitis. — 27 jähriger Mann, wiederholt Influenza, erkrankt nach Ablauf einer neuen Influenza-Attacke an einer akuten Psychose, die unter ängstlicher Verwirrheit, katatonen Symptomen in 14 Tagen zum Tode führt. Es findet sich diffuse, schwielige kernarme Leptomeningitis: dabei venöse Hyperämie und Blutungen in Pia und Rinde als Folge einer akuten Herzverfettung.

2. Wie bei 1. — 60 jähriger Mann, der im 30. Jahr an einer heilbaren Psychose litt, erkrankt an einer ängstlich-hypochondrischen, tödlich verlaufenden Psychose. Befund: ebenfalls eine ausgebreitete alte schwielige Leptomeningitis, Hyperämie und Hirnödem; daneben Myokarditis infolge von Koronarsklerose.

3. Akute Schädigung: Kommotio: Chronischer Prozeß: Arteriofibrose. — 47 jähriger Mann erkrankt nach einer leichten Hirnerschütterung mit Angst, Verstimmung und Hirndrucksymptomen und stirbt 14 Tage nach dem Unfall. Es findet sich an dem makroskopisch intakten Gehirn mikroskopisch fibröse und hyaline Entartung zahlreicher feinerer Rindengefäße, perivaskuläres Ödem und miliare perivaskuläre Blutungen in allen Teilen des Gehirns.

4. Akute Schädigung: Narkose. Chronischer Prozeß. Arteriosklerose. — 53 jährige Frau erkrankt nach einer unter Lumbalanästhesie und Chloroformnarkose ausgeführten Uterusoperation mit Verwirrtheit, Benommenheit, Nackenstarre, Stauungspapille, rechtsseitigem Babinski und stirbt 6 Tage später. Befund: Grobe und feine Hirnarteriosklerose mit miliaren Erweichungsherden und Lichtungsbezirken. (Eigenbericht.)

Thoma-Illenau: Demonstration zur pathologischen Histologie des Korsakoffschen Symptomen-Komplexes alkoholischen Ursprungs.

Vortragender demonstriert eine Anzahl von Photogrammen mikroskopischer Präparate, speziell Rindendurchschnitte von Korsakoff im Vergleich zu normaler, paralytischer und seniler Rinde. Es kommt dabei besonders zum Ausdruck, daß bei Korsakoff die beiden obersten Schichten der Rinde weniger erkrankt sind als die tieferen, wodurch sich die Lokalisation des Krankheitsprozesses z. B. von der Paralyse unterscheidet.

Der Vortrag ist in extenso in Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie erschienen. (Eigenbericht.)

Kirchberg, Frankfurt a. M. Zur Lehre von den Kinderpsychosen.

Vortr. unterscheidet bei den Patienten, die in der Kinderabteilung der städtischen Irrenanstalt in Frankfurt aufgenommen wurden, drei Gruppen:

Die erste Gruppe umfaßt ausgesprochene Psychosen, die zweite akute, heilbare, nervöse Störungen. Die dritte Gruppe schließt die Fälle leichteren Schwachsinns, nernöver Konstitution und psychischer Entartung ein und besteht fast ausschließlich aus Fürsorgezöglingen.

Unter ausführlicherer Mitteilung einiger instruktiver Fälle bespricht Vortr. juvenile Paralyse, Katatonie und manisch-depressives Irresein und hebt besonders eine interessante Beobachtung von induzierter Paranoia bei einem psychopathischen Knaben hervor.

Zusammenfassend betont er die Wichtigkeit einer möglichst frühzeitigen Diagnose. Besonders bei Fällen von Katatonie mit sehr schleichendem oder in kurzen Schüben fortschreitendem Beginn sowie namentlich dann, wenn es überhaupt nicht zu ausgeprägten psychotischen Erscheinungen kommt, kann die rechtzeitige Erkennung auf große Schwierigkeiten stoßen. (Eigenbericht.)

Chotzen-Breslau: Über Intelligenzprüungen an Kindern nach der Methode von Binet und Simon.

Im Kindesalter muß man die veränderliche Leistungsfähigkeit in den verschiedenen Jahren bei Defekt-

prüfungen richtig abschätzen können. Hier reicht ein Maßstab nicht aus, sondern während des Ablaufs der Entwicklung muß jedes Lebensalter mit besonderem Maße gemessen werden. Um Herabsetzungen richtig zu beurteilen, muß man die normale Leistungsfähigkeit jedes Alters, den Verlauf der Entwicklung kennen. Auf dieser Kenntnis beruht die Intelligenzprüfungsmethode von Binet und Simon.

In verschiedenartigen Leistungen, die unabhängig von Unterweisung und Milieu stets in demselben Alter sich einstellen, war empirisch die charakteristische Leistungsfähigkeit jeden Alters und so eine normale Stufenleiter der Intelligenzentwicklung gefunden worden. An ihr kann man die intellektuelle Reife eines Kindes messen und durch Vergleich mit der Durchschnittsleistung seiner Altersstufe feststellen, ob sie damit übereinstimmt, höher oder niedriger ist. Das Verhältnis dieses „Intelligenzalters" zum Lebensalter spiegelt die natürliche Begabung der Kinder richtig wieder. Schwachsinnige bleiben immer hinter der Durchschnittsleistung zurück; umsomehr je größer der Schwachsinn ist, so daß dieser Rückstand als annähernd genaues Maß für die Herabsetzung der Intelligenz gelten kann. Ein geringer Rückstand hat keine üble Bedeutung, aber von einer gewissen Größe ab weist er sicher auf Schwachsinn (2 J. im Alter von 8 und 9 Jahren, 3 J. bei älteren). Wenn Kinder mit geringem Rückstand versagen, so liegen noch andere Gründe in nicht intellektuellen Schädigungen vor, Verwahrlosung, erschöpfende Krankheiten und besonders psychopathische Konstitution.

Bei dieser Methode sind, da sie von der physiologischen Entwicklung ausgeht, die Resultate allgemeingiltig und unmittelbar vergleichbar. Für jedes Lebensalter hat man ein besonderes zupassendes Maß; man weiß, was für Anforderungen man in jedem Alter stellen darf. Die Intelligenzherabsetzung wird genau gemessen und man erkennt klar, inwieweit die Schulfähigkeit durch sie oder andere Schädigungen herabgesetzt ist und kann danach die Unterbringung in Sonderschulen und die sonstige Behandlung zweckmäßiger regeln. Aus der Größe des Rückstandes läßt sich auch ungefähr auf die weitere Entwicklungsmöglichkeit schließen. Das Intelligenzalter kennzeichnet auch die intellektuelle Höhe anschaulicher als die Diagnose debil und imbezill, ein Vorteil für pädagogische und forensische Zwecke. Die Untersuchung gibt ferner nicht nur über die intellektuelle Anlage, sondern auch über die sonstige psychologische Eigenart des einzelnen Kindes in kurzer Zeit ein treffendes Bild, da infolge der Mannigfaltigkeit der Tests die verschiedensten Funktionen geprüft werden; besonders aber ist die Art, wie sich die Kinder zu den einzelnen Aufgaben stellen, sehr charakteristisch.

Die Binetsche Stufenleiter gibt die Möglichkeit den Fragen näher zu kommen: ist die Intelligenzentwicklung in diesen krankhaften Zuständen mit der normalen vergleichbar? Wie verläuft sie beim Schwachsinn? Sind die Unterschiede nur quantitative oder qualitative? Verhalten sich alle Formen des Schwachsinns gleich oder gibt es charakteristische Unterschiede?

Im allgemeinen verläuft die Entwicklung anfangs rascher, später langsamer, so daß ein Jahr immer weniger in der Entwicklung ausmacht. Darum hat auch ein Rückstand gleicher Größe in verschiedenem Alter verschiedene Bedeutung, er erhält seinen richtigen Wert erst durch sein Verhältnis zum Lebensalter. Gegenüber der normalen ist die Entwicklung im allgemeinen stark verzögert und steht frühzeitig still, je nach dem Grade der Intelligenzschädigung auf höherer oder tieferer Stufe (Idioten bei 3, Imbezille bei 7, Debile bei 10 J.). Der Ablauf aber, wie er sich in der Reihenfolge der Lösung der Tests ausdrückt, stimmt innerhalb dieser Grenzen mit der Testreihe der Binetschen Stufenleiter bis auf einige Verschiebungen überein. In diesen zeigt sich ein qualitativer Unterschied. Ältere Schwachsinnige gleichen also jüngeren Normalen, deren Intelligenzalter sie haben, nicht ganz, sie sind ihnen in einigen Leistungen überlegen und stehen ihnen in anderen nach. Die Tests haben nämlich verschiedene Wertigkeit in bezug auf die Intelligenz. Die einen haben innigere Beziehungen zu ihr, bei anderen überwiegt der Einfluß der Altersentwicklung. Abgesehen von diesen Änderungen ist aber der Gang der Restentwicklung der gleiche, wie bei Normalen und daher ist der Vergleich möglich und bewährt sich nur Intelligenzmessung. Nach den bisherigen Untersuchungen scheinen sich alle Schwachsinnsformen, auch die mit greifbaren Veränderungen, darin in der Hauptsache gleich zu verhalten. Ein größeres Material an solchen könnte vielleicht noch feinere Unterschiede aufdecken; dabei würde auch die verschiedene Wertigkeit der Tests noch klarer werden. Der gleiche Ablauf der Entwicklung muß auf den gleichen physiologischen Prozeß bei allen Schwachsinnsformen neben den jeweiligen krankhaften Veränderungen deuten. Es würde daher besonders interessant sein, frühzeitige mit diffusen Veränderungen einhergehende Erkrankungen, wie die mongoloide Idiotie oder den Kretinismus heranzuziehen und zu untersuchen, wie sich hier die Entwicklung zum Intelligenzalter, und zur Testreihe verhält. Auch die Epilepsie stellt mit ihrer spät einsetzenden aber fortschreitenden Verblödung ein noch zu untersuchendes Problem in deren Einfluß auf Testreihe und Intelligenzalter, indem sich etwaige angeborene Geistesschwäche natürlich wie sonst ausprägt.

(Eigenbericht.)

Heß, Görlitz (Kahlbaumsche Anstalt): Entmündigung als Heilmittel bei Psychopathen.

Jugendliche Psychopathen bis zu 25, 30 Jahren bedürfen der pädagogischen, am besten der psychiatrisch-pädagogischen Behandlung, ein Teil von ihnen ist sehr besserungsfähig, heilbar. Fürsorgeerziehung ist gesetzlich nur bis zu einem gewissen Alter, niemals über die Volljährigkeit hinaus erlaubt. Psychopathen, die sich zur Fürsorgeerziehung nicht eignen oder zu alt dafür sind, können nur in der Irrenanstalt sachgemäß behandelt werden, sie müssen als „unfreiwillige Geisteskranke" aufgenommen werden, besonders wenn sie sich bereits antisozial betätigt haben. Bei Einspruch gegen Internierung ist Entmündigung wegen Geistesschwäche notwendig; sie ist meist auch aus anderen Gründen (Schutz vor Aus-

beutung, Verschwendung, Verhinderung unwürdiger Heirat u. a.) erforderlich. Der Nachweis der Geistesschwäche ist immer schwierig, weil die dem Laien geläufigen groben Erscheinungen der Geistesstörung fehlen. Der Psychopath muß vorwiegend nach seinen Handlungen beurteilt, seine ganze Vergangenheit innerhalb und außerhalb der Anstalt muß herangezogen werden, das Gutachten muß die soziale Gefahr, die Gefahr des ethischen und sozialen Unterganges, die therapeutische Bedeutung der Entmündigung betonen: nur durch sie wird eine langdauernde, ungestörte Anstaltsbehandlung möglich. In zweifelhaften Fällen ist vor Einleitung des Entmündigungsverfahrens bisweilen Probebeurlaubung zu empfehlen. Homburgers Vorschlag, bereits die Minderjährigen zu entmündigen, verdient Zustimmung, die Entmündigung trägt dann den Charakter der hinausgeschobenen Volljährigkeit. Das österreichische bürgerliche Gesetzbuch sieht diese Verlängerung der Potestas patria vor, die Entmündigung wegen Geistesstörung wird dadurch meist entbehrlich. Die psychotherapeutischen Folgen der Entmündigung sind in der Regel gute. Schon die Einleitung des Verfahrens wirkt häufig dämpfend und beruhigend. Die rechtskräftig gewordene Entmündigung ermöglicht eine viel freiere Behandlung, die gerichtliche Feststellung der Geistesschwäche, mit Angabe der Gründe, macht einen tiefen Eindruck und ruft oft eine nachhaltige Katharsis hervor. Dem entmündigten Psychopathen ist klarzumachen, daß er nicht deliktsunfähig ist, sich also strafbar machen kann. Auch bei Ablehnung der Entmündigung kann das Verfahren therapeutisch günstig wirken, vorausgesetzt, daß, was eigentlich selbstverständlich sein sollte, der Richter in den Entscheidungsgründen das psychiatrische Gutachten anerkennt und nur trotz der bestehenden Defekte den Kranken für die Entmündigung noch nicht reif erklärt. Bei Besserung und Heilung ist die Aufhebung der Entmündigung leicht erreichbar. Zeugnisse behufs Aufhebung der Entmündigung dürfen nur nach genauer Kenntnis der ganzen Verhältnisse und nach Einsicht in die Akten ausgestellt werden. Zum Militärdienst sind Psychopathen in der Regel ungeeignet. (Autoreferat.)

Berliner-Gießen: Arbeitslehrkolonie und Beobachtungsanstalt.

Vortragender berichtet über die Entwicklung und Organisation der Arbeitslehrkolonie und Beobachtungsanstalt „Steinmühle" bei Obererlenbach in der Nähe von Homburg vor der Höhe.

Hauptzweck der Anstalt war ursprünglich Beobachtung und Weiterbildung schulentlassener Hilfsschüler zur Vorbereitung für einen Entwurf. Späterhin wurden in zunehmender Zahl Fürsorgezöglinge in die Kolonie eingewiesen und zwar besonders schwer erziehbare nach Scheitern der Familien- und Anstaltserziehung.

Die Kolonie hat nur 25 Plätze und bietet dadurch besonders gute Vorbedingungen dafür, daß der Eigenart des zu Erziehenden in höherem Maße Rechnung getragen werden kann, als in großen Anstalten.

Die pädagogische Leitung liegt in den Händen eines Psychologen mit heilpädagogischer Vorbildung und Erfahrung. Als psychiatrischer Leiter fungiert der Vortragende seit 2 Jahren.

Die Kolonie, die durch den Umbau eines einsamen Gutshofes entstanden ist, gliedert sich in drei Hauptabteilungen. Die interne Arbeitslehrkolonie mit Gelegenheit zur Garten- und Feldarbeit und mehreren Werkstätten. Das Personal wird ständig für die Beobachtung geschult. Auf Grund der Ergebnisse der neurologisch-psychiatrischen Untersuchung sowie der wenn nötig bis zu einem Jahre und länger ausgedehnten Beobachtung werden dann der einweisenden Behörde Ratschläge über die weitere Unterbringung des Zöglings erteilt; oft wird dieser auch in der Nähe der Kolonie bei einem Meister untergebracht, der über die Eigenart des Zöglings genau orientiert wird.

Der Konnex des Zöglings mit der Anstalt wird durch häufige Besuche eines Beamten der Anstalt bei dem Lehrherrn aufrecht erhalten. Außerdem kommen die Externen öfters an freien Sonntagen in die Kolonie. Die Familienpflege erhält dadurch eine breitere Basis, ist in Fällen durchführbar, in denen sie ohne die genannten Vorsichtsmaßregeln an bald eintretenden Konflikten immer wieder scheitern würde.

Zur internen Kolonie und externen Kolonisation soll sich eine in nächster Zukunft zu errichtende geschlossene Beobachtungsabteilung gesellen, um noch vor der Aufnahme in die interne Kolonie ein Urteil über die mutmaßlichen Aussichten des einzelnen Falles zu gewinnen, gefährliche degenerative Psychopathen, ausgegeprägt psychisch Kranke von der Kolonie fernzuhalten und möglichst rasch ihre Überweisung in psychiatrische Anstalten zu veranlassen, außerdem zur vorläufigen Unterbringung und Sozialisierung von vorwiegend durch ungünstige Milieueinflüsse Verwahrlosten, bei denen die Prognose relativ günstig zu sein pflegt, vor der Versetzung in die interne Kolonie und Familienpflege.

Außer dem Zwecke der Beobachtung ist es eine Hauptbestimmung der Kolonie, und sie erscheint durch ihre Organisation besonders dazu geeignet, bei schwer Erziehbaren den Übergang von der Anstaltserziehung zur Familienerziehung zu erleichtern. (Autoreferat.)

(Fortsetzung folgt.)

— **Internationale Liga zur Bekämpfung der Epilepsie.** Die nationalen Komitees dieser Vereinigung hielten im Anschluß an den internationalen medizinischen Kongreß in London am 13. August die Jahresversammlung ab unter dem Vorsitz von Dr. Aldren Turner (London). Vertreten waren die Schweiz durch ihren Präsidenten Prof. Kocher, Deutschland durch seinen Präsidenten Prof. Anton, England durch seinen Präsidenten Dr. A. Turner, Ungarn durch seinen Präsidenten Prof. Donath, Brasilien durch Prof. Moreira, Norwegen durch Dr. Konrad Krohn, Holland durch Dr. Muskens. Anwesend waren noch Dr. Mc. Dougall (Manchester), Dr. Collins (London), Dr. Crocket (Glasgow).

Nach der Eröffnungsrede des Vorsitzenden wurden Vorträge von Dr. Mc. Dougall, Prof. Anton und Dr. Collins gehalten, die sämtlich mit den an die Vorträge sich anschließenden Diskussionen in der nächsten Num-

mer der „Epilepsia" in extenso zur Veröffentlichung gelangen.

Es wurden folgende Beschlüsse gefaßt: 1. Die Zulassung von 2 Klassen von Mitgliedern, die eine mit 25 Frks. Jahresbeitrag, welche die vollen Rechte nebst dem Bezug der „Epilepsia" genießt; die andere als teilnehmende Mitglieder mit 4 Frks. Jahresbeitrag. — 2. Es wurde als wünschenswert bezeichnet, daß zum Studium der Epilepsie in allen ihren Belangen unter der Leitung der Nationalkomitees Zentralstellen errichtet werden. — 3. Eine genauere Zählung der Epileptiker in den verschiedenen Ländern und besonders gilt dies für die Länder, wo eine solche überhaupt noch nicht erfolgt ist, wird als dringend notwendig erachtet und deren Vorlage seitens der nationalen Komitees auf der nächsten Versammlung erbeten.

Die nächste Versammlung findet in Bern, im August 1914, statt, zu welcher Zeit dort auch der Internationale Kongreß für Neurologie und Psychiatrie tagt. Zum Schluß wurden auf Einladung der Anstaltsleiter Ausflüge nach der Epileptiker-Kolonie der Grafschaft London in Epsom und der von Lewis gestifteten Kolonie in Alderly Edge bei Manchester gemacht.

— **Über den Nachweis von Alkohol in der Spinalflüssigkeit von Säufern** berichten Vorkastner und Neue auf Grund von Untersuchungen, die sie an der psychiatr. Klinik Greifswald angestellt haben. Sie kritisieren die von Schottmüller und Schumm im Neurol. Zentralb. (1912, Nr. 16) veröffentlichten Untersuchungen, an denen sie die Methode des Nachweises von Alkohol deshalb für unzureichend halten, weil diese Autoren die Möglichkeit, daß der durch die Lieben'sche Jodoformprobe nachgewiesene Stoff in der Zerebrospinalflüssigkeit nicht Alkohol sondern Azeton sei, nicht mit genügender Sicherheit ausgeschlossen haben. Die von ihnen angewendete Legalsche Probe, um Azeton auszuschließen, ist weniger fein als die Liebensche Probe, ihr negativer Ausfall kann daher nicht beweisend sein. Überdies ist auch die Liebensche Probe empfindlicher für Azeton als für Alkohol.

Die Verf. haben bei unterernährten Kranken, die schon längere Zeit keinen Alkohol zu sich genommen hatten, den Liquor mittelst der Liebenschen Probe untersucht und positiven Ausfall gefunden. Es ist daher möglich, daß auch bei schweren Alkoholikern, die ja meistens unterernährt sind, Azeton im Liquor es ist, durch den die Liebensche Probe positiv wird. Daß es Alkohol ist, ist daher möglich, aber noch nicht erwiesen. (Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych., Orig., XIV, 3, 1913.)

Dr. Holitschers Korresp.

Referate.

— Plate, Ludwig: Vererbungslehre usw. Mit 179 Figuren usw. Leipzig 1913. Engelmann. 519 Seiten. 14 M. Ref. Näcke †.

Immer mehr werden wir auf die Wichtigkeit der Vererbungslehre, wie sie neuerdings durch Mendel auf eine rationelle und experimentelle Basis gestellt war, hingewiesen und gewiß nicht am wenigsten in der Psychiatrie und Neurologie. Ihre größte Wichtigkeit behält sie aber für die Rassenhygiene (Eugenik), die mit Recht immer mehr an Bedeutung gewinnt. Prof. Plate, der Zoolog, Schüler und Nachfolger Häckels in Jena, der Hauptvertreter des Darwinismus z. Zt. in Deutschland, war am besten berufen, das ungeheure, unterdes angehäufte Einzelmaterial zum Thema zu sammeln, zu sichten und vor allem auf die Mendelschen Vererbungsregeln hin zu prüfen. Das Werk ist wohlgelungen, klar, reich illustriert und gut zu lesen. Jetzt erst übersieht man die ungeheure Tragweite des Mendelismus für die Pflanzen-, Tier- und Menschenzucht. Freilich überzeugt man sich bald, daß nur sehr wenige Forscher hier ganz zu Hause sein können. Schon die übergroße Menge der neuen Bezeichnungen und Zeichen, die tiftlichen Berechnungen und das schwierige Aufstellen der Stammbäume können nur Spezialisten beherrschen, nur sie können darin weiter fortarbeiten, zumal Experimente an Pflanzen und Tieren durchaus nötig sind. Theorie und Praxis werden im vorliegenden Buche gleich eingehend behandelt. Man sieht immer mehr, daß der Mendelismus da, wie Verf. zeigt, den Darwinismus nicht umstürzt, sondern vielmehr stützt. Den endlichen Sieg behalten wir wahrscheinlich auch in der menschlichen Bio- und Pathologie. Die Kriessche Mutationstheorie ist nur ein Ableger des Mendelismus und übertreibt stark. Erst nach der Lektüre des Buches wird einem die „Disposition" und der „Atavismus", die „Korrelation" klar. Bei Epilepsie und Schwachsinn soll die Mendelsche Analyse gelungen sein, noch nicht aber bei den Psychosen. Sehr richtig ist die Bemerkung, daß die Galtonsche Regel vom Ahnenerbteil nur für Massenuntersuchungen Wert hat, nicht für den einzelnen Fall. Hier gilt es vielmehr Erbqualitäten, die „Erbformeln" der Eltern festzustellen (ev. sind hierbei auch Großeltern und Geschwister heranzuziehen). Auch stellt der Mendelismus fest, daß eine pathogene Anlage durch stete Auffrischung mit gesundem Blut nie ganz verloren geht. Verf. gibt endlich sehr vernünftige eugenische Regeln, und empfiehlt für bestimmte Zwecke auch die Sterilisation.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Galkhausen** b. Langenfeld (Rheinld.). Oberarzt Dr. Rademacher gestorben am 31. Juli an Karzinom. — Dr. Storck, früher Anstaltsarzt in P., gestorben am 21. Juli in Trier an Tuberkulose.

— **Landesheil- und Pflegeanstalt Philippshospital** bei Goddelau. Dr. Karl Löwer aus Gießen ist am 2. ds. M. als Assistenzarzt in den hiesigen Anstaltsdienst eingetreten.

— **Winnental.** Dr. Ehrhardt, Oberarzt an der Heilanstalt Winnental, ist in den Ruhestand getreten.

— **Tübingen.** Titel und Rang eines außerordentlichen Professors erhielt Privatdozent Dr. Brodmann.

— **Obrawalde.** Dem Direktor der Provinzial-Irrenanstalt, Sanitätsrat Dr. Dluhosch, wurde der Rote Adlerorden IV. Klasse verliehen.

— **Owinsk.** Dem Direktor der Provinzial-Irrenanstalt, Sanitätsrat Dr. Werner, wurde der Rote Adlerorden IV. Klase verliehen.

— **Heidelberg.** Dr. Willy Mayer ist an der Psychiatrischen Klinik als Assistenzarzt eingetreten.

Anstaltstechnisches.

— Die „Deutschen Kolonial-Kapok-Werke m. b. H." in Rathenow haben einen illustrierten Katalog über die in ihrem neuen Separatwerk hergestellten **„Dekawe-Pflanzendaunen-Steppdecken"** herausgegeben, der die besondere Beachtung der Anstaltsverwaltungen verdienen dürfte. Diese Decken werden unter Benutzung modernster Maschinenmodelle nach einem speziellen Verfahren hergestellt. Die „Dekawe-Pflanzendaunen-Steppdecken" ersetzen vollkommen teuerste Eiderdaunendecken und sind außerdem von besonderem Nutzen und von außerordentlicher Wichtigkeit für Krankenbetten und Sanatorien, sowie für die Verwendung auf Passagierschiffen. Jede „Dekawe-Decke" ist notfalls Wasserrettungsschutz für diverse Personen. Die „Dekawe-Pflanzendaunen-Steppdecken" sind zum großen Teil mit Material aus den deutschen Kolonien gefüllt, und bedeutet jede verkaufte Dekawe-Steppdecke eine Hebung der deutsch-kolonialen Pflanzendaunen-Produktion.

Die Pflanzendaune ist eine Hohlfaser und läßt innerhalb der Steppdecke eine stete Luftzirkulation zu, wird außerdem selbst von starken Desinfektionsprozessen kaum merkbar angegriffen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Stellengesuche.

In der **psychiatrischen Abteilung** des städtischen Krankenhauses in **Altona** (Elbe) — Oberarzt Dr. Cimbal — kann sofort ein

Medizinalpraktikant

für einige Monate, eventuell gegen Vergütung beschäftigt werden. Gelegenheit zu neurologischer und psychiatrischer Ausbildung und zur Vorbereitung auf das Kreisarztexamen.

Meldungen werden an den Vorsitzenden der Krankenhauskommission erbeten.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 27. 4. Oktober **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Zur Methode der Irrenstatistik. Von Dr. Römer, Illenau. (S. 321.) — Abderhaltens Abwehrfermente des tierischen Organismus und ihre Bedeutung für die Erforschung geistiger Störungen. Von Dr. Bresler. (S. 325.) — Über die Anwendung des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie. Von Dr. Hussels, Landsberg a. W. (S. 329.) — Mitteilungen (S. 330.): XIX. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen. Eine Trinkerheilstätte in Oberbayern. — Referate (S. 331.) — Personalnachrichten (S. 332.)

Zur Methode der Irrenstatistik.

Von Dr. **Römer**-Illenau. (Autoreferat über den gleichnamigen, bei der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie, Breslau, 1913, gehaltenen Vortrag.)

Die Geschichte der Irrenstatistik zeigt die unverkennbare Neigung zur fortgesetzten Einschränkung der geforderten Erhebungen: Die seit dem 1. Drittel des vorigen Jahrhunderts in den Anstalten gebräuchlichen Tabellen wurden im Laufe der Entwicklung immer weiter vereinfacht; auch nach Einführung des individuellen Zählblättchens hat man die ätiologischen Fragen immer mehr vermindert und heute befürwortet der wohl begründete Vorschlag der statistischen Kommission des Vereins, von allen ärztlichen Angaben nur noch die Krankheitsform beizubehalten. Diese fortschreitende Bescheidung macht die grundsätzliche Überlegung erforderlich, worin eigentlich heute noch die wissenschaftliche Aufgabe einer zeitgemäßen Reichsirrenstatistik zu erblicken ist. Erst das klar erkannte Ziel — falls wir ein solches finden — kann dann die einzuschlagenden Wege vorzeichnen.

Abgesehen von den praktisch administrativen Zwecken der Irrenstatistik für die Aufgaben einer vorausschauenden Irrenfürsorge versprach man sich von jeher von den irrenstatistischen Erhebungen für die klinische Psychiatrie einen unmittelbaren wissenschaftlichen Gewinn und es fragt sich nun, wie es mit dieser Voraussetzung heute noch steht.

Vom Standpunkt der allgemeinen Überlegung aus muß die Statistik als formale Methode von der Statistik als selbständigen Wissenschaft unterschieden werden.

Als formale Methode der Induktion dient die Statistik der Erfassung kollektiver Bestandmassen, deren Umfang die Kapazität der unmittelbaren Erfahrung übersteigt. Durch dieses numerische Verfahren erleichtern wir uns die objektive Feststellung der Tatsachen und machen uns weniger abhängig von den subjektiven Eindrücken und deren Fehler. Diese zählende Methode können wir auch in der klinischen Psychiatrie keineswegs entbehren und es bleibt nur Sache der praktischen Durchführbarkeit, inwieweit sie sich mit einer offiziellen Irrenstatistik zweckmäßig verbinden läßt.

In zweiter Linie kommt die Statistik für uns als selbständiger Wissenszweig in Betracht, als die exakte Wissenschaft von der menschlichen Gesellschaft, als die Dermographie beziehungsweise Demologie: die Statistik der ruhend gedachten wie der in Bewegung befindlichen Bevölkerung hat in neuerer Zeit die Gesetzmäßigkeiten des Gesellschaftslebens in seiner biologisch-sozialen Struktur (nach Geschlecht, Alter, Familienstand usw.) erkennen lassen und damit der Medizinalstatistik speziell der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik eine neue Grundlage gegeben. Dementsprechend ergibt sich zwischen der Demographie und der Psychiatrie ein wichtiges Zwischengebiet, in dem geradezu die Domäne der Irrenstatistik zu erblicken ist. Vergleicht man nämlich die psychisch Erkrankten eines Territoriums mit dessen Gesamtbevölkerung nach ihrer demologischen Gliederung, so müssen sich neue Gesichtspunkte für die gesellschaftlichen Besonderheiten der erkankten Bevölkerungsteile und damit auch für wichtige psycho-physiologische Entstehungsbedingungen der geistigen Erkrankungen, namentlich auch solche sozialer Natur ergeben.

Inwieweit sich diese beiden statistischen Betrachtungsweisen mit einer allgemein und fortlaufend zu erhebenden offiziellen Reichsirrenstatistik verbinden lassen, kann nur die praktische Erfahrung

lehren, die allein an Hand von Probeerhebungen gewonnen werden kann.

Der Vortr. teilt die Ergebnisse seiner mehrjährigen statistischen Untersuchungen[1]) unter dem Gesichtspunkt der irrenstatistischen Methodik mit, ohne in diesem Zusammenhang auf die einzelnen psychiatrischen Folgerungen näher einzugehen. Er verwertet dabei einmal eine Statistik über 2770 in den Jahren 1904 bis 1909 in Illenau aufgenommene Kranke und ferner einen Ausschnitt der offiziellen badischen Landesirrenstatistik über 15980 in den Jahren 1904 bis 1910 in den badischen Landesanstalten und Kliniken vollzogenen Internierungen, wobei das Material der Illenauer Statistik auf die Bevölkerung des Aufnahmebezirks nach der Volkszählung von 1905 und das der Landesirrenanstalten auf die Berufszählung von 1907 bezogen wird. Die vergleichende Bearbeitung dieses verschiedenartigen Materials führte zu Ergebnissen für die Methodik, die im Folgenden nur in großen Zügen angedeutet werden können:

1. die medizinalstatistische Erfassung der individuellen Ursachen der Geisteskrankheiten, wie erbliche Belastung, Alkoholmißbrauch, Kopfverletzung etc. eignet sich nicht für eine allgemein und fortlaufend zu erhebende Irrenstatistik:

Die Durchführung derartiger spezieller ärztlicher Sortierungen seitens eines großen Kreises von Beobachtern ist im Hinblick auf den subjektiven Charakter der Beurteilung sowie den Mangel an adäquatem Vergleichsmaterial über die entsprechenden Verhältnisse bei Gesunden in wissenschaftlich verwertbarer Weise unmöglich; sie ist aber auch wegen der relativen Konstanz dieser individuellen Verhältnisse bezüglich der räumlichen Verbreitung und der zeitlichen Geltung unnötig. Derartige wichtige statische Studien sind den Spezialuntersuchungen einzelner Beobachter vorzubehalten. (Vergl. zu diesem Punkt speziell bezüglich der Erblichkeitsforschung Römer: Über psychiatrische Erblichkeitsforschung. Arch. f. Rassenhygiene 1912, 3. Heft, S. 317 ff.)

2. Den Hauptgegenstand einer allgemeinen Irrenstatistik, wie sie der deutsche Verein für Psychiatrie plant, bildet die Erfassung der demographischen Verhältnisse der Anstalten und Kliniken:

Diese lassen sich für jeden Fall in einwandsfreier objektiver und damit in allgemein vergleichbarer Weise feststellen und zuverlässig auf die analoge Gliederung der Gesamtbevölkerung beziehen. Die exakte Ausführung dieses demographisch-psychiatrischen Vergleiches ist in der geplanten generellen und periodischen Form durchaus möglich; sie ist aber auch durchaus nötig, da nur bei dieser Methode die fraglichen Beobachtungsmassen in ihrer Totalität, wie dies medizinalstatistisch erforderlich ist, erfaßt nach ihren detailgeographischen Besonderheiten unterschieden und in der Bewegung ihrer erheblichen zeitlichen Schwankungen verfolgt werden können.

Von einer geeignet organisierten allgemeinen Irrenstatistik darf somit als wissenschaftlicher Gewinn die fortschreitende Vertiefung unseres Wissens über die allgemeinen speziell die sozialen Ursachen der Geisteskrankheiten erwartet werden.

In methodischer Hinsicht handelt es sich also darum, sämtliche während einer bestimmten Zeitspanne in die Kliniken und Anstalten eines Territoriums aufgenommenen Geisteskranken auf die geographisch und zeitlich entsprechenden Bevölkerungseinheiten hinsichtlich der demologischen Gliederung regelmäßig zu beziehen.

3. Zu diesem Zweck ist in erster Linie die bisher übliche Anstaltsstatistik zur Landes- bezw. zur Reichsirrenstatistik auszubilden und zwar in der Weise, daß bei der Bearbeitung in der statistischen Centrale an Stelle der einfachen Addition der Anstaltsstatistiken die Entzifferung des gesamten irrenstatistischen Materials der betreffenden politischen Einheit als eines einheitlichen Ganzen, besonders auch bezüglich der Unterscheidung der Erstaufnahmen, Überführungen und Wiederaufnahmen vorgenommen wird. Namentlich ist die Sonderung der in dem betreffenden Territorium erstmals Aufgenommenen unerläßlich, da im wesentlichen nur die Erstaufnahmen für den psychiatrisch demographischen Vergleich in Betracht kommen können: einmal handelt es sich bei der Irrenstatistik für das weitaus überwiegende Gros der Wiederaufnahmen um Verschlimmerungen ein und desselben Krankheitsprozesses, der zur erstmaligen Aufnahme geführt hat, also nicht um das wiederholte Auftreten selbständiger in sich geschlossener Krankheitszustände wie z. B. einer Pneumonie; ferner läßt sich die Beziehung der Erkrankten zu den entsprechenden Bevölkerungseinheiten nur durch die Relation der während eines bestimmten Zeitraumes aufgenommenen auf das Momentbild der zunächst liegenden Volkszählung verwirklichen und hierbei würden naturgemäß wiederholte Zählungen derselben Personen — gerade bei der hohen Ziffer der Wiederaufnahmen — ein völlig schiefes Bild liefern; endlich gewährleistet einzig die Beschränkung auf die Erstaufnahme die einwandsfreie

[1]) Vergl. Römer, Zur Methodik der psychiatrischen Ursachenforschung. Bericht über die 41. Versammlung Südwestdeutscher Irrenärzte, Sept. 1911.

Verwertung des Aufnahmealters, das die unentbehrliche Grundlage jedes demographischen Aufrisses bildet.

4. Die zweite Vorbedingung für eine allgemeine Irrenstatistik besteht in der Vereinbarung einer zeitgemäßen Einteilung der Krankheitsformen. Im praktischen Gebrauch hat sich die für statistische Zwecke in Illenau, Heidelberg und Wiesloch benützte Einteilung der Psychosen und Psychopathen bewährt, die bei der Aufstellung beobachteten Grundsätze sind ausführlich mitgeteilt (Römer, Eine Einteilung etc. Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. Bd. XI, Heft 1/2.) Im engen Anschluß an dieses Schema hat die statistische Kommission eine weitere Einteilung vorgeschlagen. Vom Standpunkt der Statistik erscheint die Forderung am wichtigsten, daß an Stelle der veralteten Notauskunft der einfachen Seelenstörungen das manisch-depressive Irresein, die Dementia praecox, die konstitutionellen Psychopathien, die auf der Basis einer psychopathischen Konstitution bezw. Prädisposition entstehenden Psychosen sowie die senilen Prozesse isoliert aufgeführt und die unklaren Fälle in einer besonderen Rubrik zusammengefaßt werden.

5. Im übrigen hat die Erhebungs- wie die Verarbeitungsweise der Irrenstatistik sich zur Sicherung der Vergleichbarkeit aufs peinlichste an das Muster der Bevölkerungsstatistik anzuschließen.

In dieser Richtung ist zu den hauptsächlichsten Kategorien der demographischen Gliederung auf Grund der vorliegenden Resultate der badischen Landesirrenstatistik folgendes zu erwähnen:

a) Das Geschlecht: Bei der Berechnung auf die Bevölkerung stellt sich die Erkrankungsziffer der Männer erheblich höher als die der Frauen. Dieser Unterschied kommt jedoch erst bei der Beziehung auf die Altersklassen voll zur Geltung, da die Erkrankungsziffer der Frauen gerade in der besonders gefährdeten Periode der Männer vom 25. bis 50. Jahr stark zurückbleibt. Die Kombination mit den Krankheitsformen ergibt für die Männer die stärkere Beteiligung an Alkoholismus und Paralyse, für die Frauen an manisch-depressivem Irresein und an der Hysterie. Für die männlichen und weiblichen Aufnahmen werden zweckmäßig Zählkarten von verschiedener Farbe benutzt.

b) Das Alter: Vergleicht man den Altersaufbau der Aufgenommenen mit der Bevölkerung, so bleibt die Besetzung vom 16. bis 25. Lebensjahr hinter der Erwartung zurück, vom 25. bis 50. Lebensjahr übertrifft sie diese ganz erheblich, um dann im höheren Alter wieder abzufallen. Das psychiatrisch interessantere und naturgemäß wesentlich früher liegende Erkrankungsalter eignet sich für den exakten demographischen Vergleich nicht, da es verschieden weit hinter den Beobachtungszeitraum zurückreicht und deshalb nicht auf das Augenblicksbild einer Volkszählung bezogen werden kann. Für die Zwecke der allgemeinen Irrenstatistik kommt deshalb nur das Aufnahmealter in Betracht. Dieser charakteristische Altersaufbau ist wesentlich durch die Dementia praecox und bei den Männern außerdem durch die Paralyse bedingt.

c) Der Familienstand. Die Erkrankungsgefahr der Ledigen ist beträchtlich größer, die der Verheirateten erheblich geringer als nach der Gliederung der Bevölkerung zu erwarten wäre, während die Verwitweten und Geschiedenen die Erwartung nur wenig übertreffen. Die Familienstandsverhältnisse können nur in Kombination mit dem Alter richtig erfaßt werden, da wie erwähnt, die Aufgenommenen sich im Altersaufbau wesentlich von der Bevölkerung unterscheiden. Steht statt der Berufszählung eine Volkszählung für den Vergleich zur Verfügung, so kann man die Geschiedenen von den Verwitweten trennen und dabei ihre auffallend starke Bedrohung nachweisen. Die Kombination mit den Krankheitsformen verspricht einen genaueren Einblick in die kausalen Wechselbeziehungen zwischen Familienstand und psychischer Anomalie.

d) Das Religionsverhältnis. Die Israeliten erkranken verhältnismäßig häufiger als die Christen, die Anhänger der Sekten noch häufiger als die Israeliten. Bei etwaigen Unterschieden zwischen Evangelischen und Katholischen ist deren beiderseitige Beteiligung an den stärker bedrohten freien Berufen in Rechnung zu stellen. Die Kombination mit den Krankheitsformen bietet bezgl. der Israeliten rassenpsychiatrisches, bezgl. der Sektenanhänger kulturhistorisches Interesse.

e) Der Beruf und die soziale Stellung. Die Erkrankungsgefahr für die Berufsabteilung der Landwirtschaft fand sich geringer als für die Industrie, für diese geringer als für Handel und Verkehr, für diese etwas größer als für die freien Berufe. Bei der Sonderung nach der sozialen Stellung wurden die genannten Unterschiede für die selbständig Erwerbstätigen noch deutlicher, nur mit dem Unterschiede, daß diese in der Gruppe der freien Berufe wesentlich stärker als im Handel, also überhaupt am stärksten gefährdet erscheinen. Demnach muß außer dem Beruf künftig auch die soziale Stellung erhoben werden, nur dann kann man darauf rechnen, die Kombination mit den Krankheitsformen, die u. a. die relative Häufigkeit der Imbezillität bei den landwirtschaftlichen Arbeitern, der Neurasthenie und der Paralyse bei den Kopfarbeitern ergibt, mit Aussicht auf Erfolg durchzuführen. Für feinere Diffe-

renzierungen nach dem Beruf ist die Kombination mit dem Alter unerläßlich.

f) Der Wohnsitz. Die detailgeographische Beziehung der Erkrankten auf die Bevölkerung ergibt eine erheblich stärkere Beteiligung der dichter bevölkerten industriellen gegenüber den ländlichen Bezirken. Dies Verhältnis ist bei der Paralyse besonders deutlich ausgeprägt, während beim Alkoholismus die Weinbau treibenden Teile Badens gleichfalls stärker beteiligt sind. Die generelle Unterscheidung der Herkunft der Erkrankten nach Stadt und Land läßt in ähnlicher Weise eine geringe Bedrohung der kleineren Gemeinden gegenüber der größeren und großen erkennen. Bei diesen Berechnungen muß an Stelle des für unsere Zwecke ungeeigneten rechtlich-historischen Begriffs der Stadt- bezw. Landgemeinden eine Einteilung der Gemeinden nach der Größe der Einwohnerzahl maßgebend sein. In Rücksicht auf den verschiedenen Altersaufbau innerhalb der kleinen und großen Gemeindeklasse darf die Kombination mit dem Alter nicht unterlassen werden. Die Internierten. die nach den Erhebungen bezgl. des Kostenersatzes als „ohne festen Wohnsitz umherstreifend“ notiert werden, sind Landstreicher; diese erfordern eine gesonderte statistische Behandlung.

g) Der Geburtsort. Die Gebürtigkeit der Aufgenommenen liefert, auch wenn eine unmittelbare Beziehung auf die Bevölkerung nicht durchführbar ist, in der Kombination mit dem Wohnsitz wertvolle sozialpsychiatrische Aufschlüsse. Die auf dem Lande erkrankten sind in Baden so gut wie immer auch auf dem Lande geboren, während die in der Stadt Erkrankten etwa zur Hälfte auf dem Lande geboren sind. Die Kombination mit den Krankheitsformen kann weiterhin ergeben, inwieweit es sich bei den in die Städte Gewanderten und dort Erkrankten um minderwertig Veranlagte handelt, die sich — entsprechend den Befunden Gaupps bei den Hysterischen in München — dem Stadtleben nicht anpassen konnten. Derartige Fragen können nur durch eine allgemeine Irrenstatistik befriedigend gelöst werden, da infolge der Bevölkerungsverschiebung der Austausch von Zählkarten zwischen benachbarten Territorien zur Vervollständigung solcher Berechnungen unerläßlich ist.

6. Schließlich ist es eine der wichtigsten Aufgaben einer allgemeinen Irrenstatistik zur Klärung der Frage, ob die Geisteskrankheiten im Zunehmen begriffen sind, in ihrem Teil beizutragen. Zu diesem Zwecke müssen nicht nur sämtliche Aufnahmen, vielmehr auch gesondert die Erstaufnahmen und unter diesen wieder getrennt die in dem betr. Territorium Wohnhaften bezw. Geborenen fortlaufend zu der Bevölkerungsziffer in Beziehung gesetzt werden. Trotz der erheblichen absoluten Zunahmen sämtlicher Anstaltszugänge ließ sich für Baden für die Jahre 1904 bis 1910 eine stärkere relative Zunahme der Erstaufnahmen erfreulicherweise nicht nachweisen. Demnach ist auch in diesem Zusammenhang die Behandlung des statistischen Materials eines einzelnen Territoriums als eines einheitlichen Ganzen hinsichtlich der Trennung der Erst- und Wiederaufnahmen nicht zu entbehren.

7. Zur erfolgreichen Inangriffnahme dieser wichtigen sozial-psychiatrischen Probleme sowie zur Vervollständigung des psychiatrisch-demographischen Vergleiches sollte die Statistik der internierten Geisteskranken möglichst durch die statistische Erfassung der freilebenden Geisteskranken ergänzt werden. Das läßt sich, wie ich früher (Psych. neurol. Wochenschr., 13. Jahrgang, Nr. 10, 3. Juni 1911: „Eine Stammliste usw.“) ausgeführt habe, am zweckmäßigsten vermittelst eines Irrenkatasters d. h. einer Centralen Stammliste aller amtlich bekannt werdenden Fälle von Geisteskrankheiten erreichen, in die mit Hilfe von Individualkarten alle aktenkundigen sozialpsychiatrischen Ereignisse, wie Ehescheidungen, Entmündigung, Exkulpierung etc. einzutragen sind.

8. Nach Erprobung und allgemeiner Einführung einer geeigneten irrenstatistischen Zählkarte sollte der Deutsche Verein für Psychiatrie auch für die Geltendmachung der psychiatrischen Gesichtspunkte bei der Verarbeitung des statistischen Materials besorgt sein, die dauernde Zusammenarbeit von Irrenärzten und Bevölkerungsstatistikern zur Durchführung des psychiatrisch-demographischen Vergleichs gewährleisten und die periodische Veröffentlichung der Ergebnisse unter reichlicher Verwertung der graphischen Darstellung veranlassen.

(Die Ausführungen des Vortragenden wurden durch die Projektion zahlreicher Diagramme erläutert.)

Abderhalden's Abwehrfermente des tierischen Organismus und ihre Bedeutung für die Erforschung geistiger Störungen.

Übersichtsreferat von Oberarzt **Dr. Bresler.**

(Fortsetzung aus Nr. 20, Seite 240.)

In der auf Fausers Vortrag folgenden Diskussion[2]) teilte Allers (München) mit, daß er ebenfalls die Grundlagen der Abderhaldenschen Methode in dessen Institut erlernt und sich mit ihr befaßt habe. Die Resultate seiner Versuche, die sich nur auf das Gehirn erstreckten, seien nicht so eindeutig wie die Fausers. Auch bei einwandfreier Technik kämen positive Fälle unter den Zirkulären und Psychopathen vor. Die Annahme eines Nebeneinanderbestehens verschiedener spezifischer Fermente in den Fällen mit Abbau mehrerer Organe erscheine unbegründet; es sei viel wahrscheinlicher, daß ein unspezifisches Ferment vorliege. Fausers Hypothese von der Wirksamkeit der im Serum gefundenen Fermente beim Abbau des Gehirns sei nicht haltbar, da gerade bei der Paralyse im Liquor zerebrospinalis die Fermente nicht nachweisbar seien, während viele andere Stoffe (Wassermannsche Reaktion, Hämolysine) in den Liquor übertreten. Auch müsse erst bewiesen werden, daß die Fermente im kreisenden Blute frei vorhanden seien. Adrenalin z. B. sei nach O'Connor im Serum, aber nicht im Plasma nachweisbar.

Kafka (Hamburg) — vorgetragen durch Pförringer — macht noch besonders darauf aufmerksam, daß auf diesem Gebiete ganz besondere Vorsichtsmaßregeln geboten erscheinen, da man mit Leichenorganen zu arbeiten habe. Sehr wichtig ist im eigentlichen Versuch die Kontrolle: inaktives Serum und Organ, weil sie zeige, ob sich im Serum nicht durch Fermentwirkung entstandene Stoffe vorfinden, die mit jenen des Organs zusammen eine positive Reaktion mit Ninhydrin zu geben vermögen, und so Biuretreaktion bis zu einem gewissen Grade entbehrlich mache.

Bei verschiedenen Untersuchungen desselben Falles, besonders bei Dementia-praecox-Kranken, fiel das Resultat manchmal nicht vollkommen gleich aus, obwohl im Krankheitsbild keine Änderung eingetreten war.

Zur Kontrolle gegenüber Dementia praecox müssen nicht nur vollkommen normale Fälle herangezogen werden, die auch bei Kafka stets negativ reagierten, sondern auch solche mit anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems und der Drüsen mit innerer Sekretion, z. B. multiple Sklerose, Gehirntumor, Akromegalie, manche Idiotieformen usw. In solchen Fällen wurden, was theoretisch verständlich ist, wenn auch selten, ähnliche Reaktionstypen beobachtet wie bei der Dementia praecox. Bei solchen Fällen müssen die Differenzen durch weitere Untersuchungen des Dialysats, besonders mit der optischen Methode festgestellt werden. Im Liquor zerebrospinalis konnten, auch bei Verwendung größerer Mengen desselben, weder Schutzfermente gegen Plazenta bei Graviden, noch Schutzfermente gegen Gehirn bei Paralysen nachgewiesen werden. Diese Resultate scheinen gegen die Fausersche Hypothese vom Übergange der Schutzfermente zum Organe und von dem hier weiter stattfindenden Abbau durch das Ferment selbst, nach Art eines Circulus vitiosus, zu sprechen, wenigstens soweit das Gehirn in Betracht kommt.

F. K. Walter (Gehlsheim) weist darauf hin, daß er auf Grund experimenteller Untersuchungen über die Schilddrüse zu vielfach ganz ähnlichen Anschauungen gelangt ist, wie sie Fauser geäußert hat. Walter berichtet auch, daß Fischer, Assistent an der psychiatrischen Klinik zu Rostock, die Fauserschen Angaben in seinen im Stuttgarter Bürgerhospital selbständig ausgeführten Untersuchungen durchaus bestätigt hat.

Römer (Illenau): Römer hat zusammen mit Bundschuh an dem Material der Illenauer Anstalt die Fauserschen Befunde nachgeprüft, und zwar an 36 männlichen Patienten mittelst Gehirnrinde, Schilddrüse und Testikel.

Die Resultate stimmen im ganzen mit denen Fausers überein.

Bei den 6 Gesunden und 4 Manischdepressiven waren die Reaktionen durchweg negativ. Von den 20 Dementia-praecox-Fällen bauten 15 Rinde und Testikel ab, 1 Rinde und Schilddrüse, 3 Rinde, Schilddrüse und Testikel und 1 ausschließlich Schilddrüse. Bei den 6 Paralytikern war die Reaktion ausschließlich mit Rinde dreimal positiv, einmal mit Rinde und Schilddrüse, einmal mit Rinde und Testikel und einmal ausschließlich mit Testikel. Bei den Paralytikern zeigte der Befund verhältnismäßig am meisten Schwankungen, bei der kleinen Zahl der untersuchten Fälle sind allgemeine Schlußfolgerungen jedoch noch nicht angebracht.

Bei den 30 übrigen Fällen (Gesunde, Ma-

[2]) Nach dem offiziellen Versammlungsbericht in Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie 70. Bd. S. 844, vom 23. August 1913.

nischdepressive und Dementia praecox — insgesamt 90 Reaktionen) bestand Übereinstimmung mit Fausers Resultaten.

Zur Technik bemerkt Römer: Das Serum, das bei jedem einzelnen Fall zur Kontrolle allein, also ohne hinzugefügte Organteile, angesetzt wurde, gab bei dieser Kontrolle nie mehr eine positive Reaktion, seitdem die ausgekochten Punktionsnadeln vor der Blutentnahme ausgetrocknet und so auch die geringsten schwer wahrnehmbaren Grade von Hämolyse vermieden wurden. Die Zubereitung der Organe gelang wesentlich besser, als an Stelle des Illenauer weichen Leitungswassers 0,9-prozentige Kochsalzlösung zum ersten Auswaschen der Organe verwendet wurde. Es werden daher nur noch Organe benützt, die beim ersten Kochen einen völlig weißen Schaum geben.

Noch völlig ungeklärt ist die Frage, inwieweit die zum Tode führenden Krankheitsprozesse die Verwertbarkeit der Organe etwa beeinträchtigen. Römer und Bundschuh haben, um bezüglich der Organe möglichst sicher zu gehen, es sich zur Regel gemacht, außer der Organkontrolle (Organ + inaktiviertes Serum) in jeder Versuchsreihe auch das Serum mindestens eines gesunden Individuums mitzunehmen.

Schröder (Greifswald): Von Dr. Neue in der Greifswalder psychiatrischen Klinik ausgeführte Nachuntersuchungen haben eine einwandfrei verwertbare Konstanz der Befunde nicht ergeben; gleichwohl überwiegt auffallend stark die positive Reaktion auf Hoden oder Schilddrüse und meist auch auf Gehirn bei männlichen Dementia-praecox-Kranken gegenüber Degenerierten, Manischdepressiven und Gesunden. Bei 8 Paralytikern fand sich in allen Fällen Abbau von Gehirn, häufig auch von anderen Organen (Pankreas, Leber, Niere), bei 7 Fällen von Hirnarteriosklerose gleichfalls stets Abbau von Gehirn, und dazu in allen Fällen Abbau von Prostata, oft auch von Hoden.

Willige (Halle a. S.): Die bisherigen Versuche an der Psychiatrischen Klinik in Halle a. S. gestatten noch kein abschließendes Urteil; die bisher erzielten Resultate sind noch nicht eindeutig genug. Die Mehrzahl der untersuchten Paralytikerblutsera baute außer Gehirneiweiß auch Thyreoidea und Hoden ab; dagegen bauten die Sera einiger einwandfreier Paralysen Gehirneiweiß nicht ab. Die große Mehrzahl der Paralytikersera reagiert vorzugsweise mit Gehirn positiv. Bei einzelnen Katatonikern fiel die Reaktion mit Gehirn negativ aus; ein Hirntumor ergab mit Thyreoidea positiven, mit Gehirn negativen Ausfall, zwei Hypophysentumoren einen starken Abbau von Hypophyseneiweiß, einer davon auch eine schwache Reaktion mit Thyreoidea.

Fauser bemerkt in seinem Schlußwort u. a. gegenüber Allers, daß dessen Vermutung, die betreffenden Stoffe entstünden erst bei der Blutgerinnung und wären keine Schutzfermente, selbst wenn sie richtig wäre, die Wichtigkeit der von ihm, Fauser, festgestellten Tatsachen nicht erschüttern, denn diese Stoffe finden sich eben in großer Regelmäßigkeit nur bei gewissen Krankheitsformen, bei anderen dagegen nicht. —

Wegener[3]) machte seine Versuche an weit über 200 Fällen (abgesehen von den zahlreichen Kontrollversuchen). Prof. Abderhalden hat ihn in seine Untersuchungsmethoden persönlich eingeführt.

Bei jugendlichem Irresein fand Wegener bei weiblichen Kranken, daß das Serum Ovarien und Tuben abbaute, nie Testikel; bei männlichen nur Testikelabbau. In einigen Fällen ergab sich auch ein Abbau von Schilddrüsensubstanz.

Bei manisch-depressivem Irresein fand er keinerlei Abbau von Organen. Der weitere Verlauf aller dieser Fälle hat die mit der Abderhaldenschen Reaktion gefundene Differentialdiagnose bestätigt.

Bei Epilepsie hat er nur einen Abbau von Hirnsubstanz gefunden, und zwar bei bereits eingetretener Demenz; bei allen luetischen und metaluetischen Erkrankungen in sämtlichen Fällen Abbau von Gehirn, von anderen Organen keinen Abbau.

In einem Falle war die Abderhaldensche Reaktion auf Lues positiv, während die Wassermannsche negativ ausfiel und erst nach 8 Tagen positiv wurde.

In einigen Fällen von Neuritis baute das Blutserum dieser Kranken Muskelsubstanz ab, während andere Organe keine Reaktion gaben.

„Zu meiner Kontrolle wurden mir absichtlich Blutsera Gesunder mit irgendeiner Diagnose zur Untersuchung gegeben. In allen diesen Fällen war die Reaktion mit allen Organen negativ. Es spricht dies für die Zuverlässigkeit der Methode. . . Meine bisherigen Untersuchungsresultate beweisen ebenfalls, daß die Abderhaldensche Serodiagnostik für die Psychiatrie von der größten Wichtigkeit ist und zu werden verspricht, und wir können von ihr noch

[3]) Serodiagnostik nach Abderhalden in der Psychiatrie. Von Dr. Wegener, Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik Jena (Direktor: Geheimer Rat Professor Dr. Binswanger). Münchener Medizinische Wochenschrift vom 3. Juni 1913.

manche bedeutsame Aufschlüsse für die Ätiologie, die Differentialdiagnose und späterhin auch für die Therapie erwarten."

J. Fischer[4]) hat im ganzen 24 Fälle untersucht; das Serum stammte von 18 verschiedenen Kranken, so daß 6 Kranke wiederholt untersucht wurden, und zwar 2 Kranke je dreimal, 4 Kranke je zweimal. Die Einzeluntersuchungen an den 24 Fällen betrugen 115. Von diesen 115 Einzeluntersuchungen entsprachen 107 ganz den Resultaten, die Fauser bei seinen Fällen erhielt. 8 Einzeluntersuchungen waren auffallend, ließen sich aber zwanglos in das Ganze einfügen. Von diesen auffallenden 8 Einzelresultaten fanden sich 7 bei den ersten Versuchsreihen. Wahrscheinlich lagen bei den beiden ersten Versuchsreihen kleine Unvollkommenheiten der Technik vor, die sich nicht eruieren ließen; denn die Mehrzahl der Fälle, bei denen sich diese auffallenden Resultate fanden, lieferten bei späteren Untersuchungen einwandfreie Ergebnisse. Von den 24 untersuchten Fällen waren 9 Fälle von Dementia praecox ohne Struma, 3 Fälle von Dementia praecox mit Struma, 5 Fälle von Paralyse, 1 Fall von Lues cerebri, 4 Fälle von manisch-depressivem Irresein, 1 Fall von Epilepsie, 1 Fall von Gravidität.

Auf Grund seiner im Original eingehend mitgeteilten Untersuchungen kann Fischer die Resultate Fausers insoweit bestätigen:

„1. Die Blutsera der Fälle von Dem.-praecox-Kranken bauten ziemlich konstant Hirnrinde und Geschlechtsdrüsen ab, und zwar (wie wir an einer verhältnismäßig großen Zahl von Kontrollproben gesehen haben) das Serum von Frauen nur Ovarium, das Serum von Männern nur Testikel. Die Fälle mit Struma bauten außerdem auch Schilddrüse ab.

2. Die Fälle von Paralyse bauten ziemlich konstant Hirnrinde ab, der Fall von Lues cerebri nicht.

3. Die Fälle von man.-depr. Irresein (mit Ausnahme von einem mit unsicherer Diagnose) und der Fall von Epilepsie bauten keines der geprüften Organe ab."

Er ist geneigt, anzunehmen, daß die von Fauser gefundenen Schutzfermente bei Geisteskranken spezifisch sind.

Im Hinblick darauf, daß Fauser vereinzelt auch bei Fällen von Dementia praecox ohne Struma Abbau von Thyreoidea gefunden hat, bemerkt Fischer, daß er ermutigt durch — scheinbar erfolgreiche — Versuche des Privatdozent Walter an der Rostocker Klinik mit Darreichung von Thyreoidea-Tabletten bei frischen Fällen von Dem. praecox, versuchsweise in der Poliklinik in einer Anzahl von Fällen mit motorischen und psychischen Hemmungszuständen, die als beginnende Dementia-praecox-Fälle aufzufassen waren (und bei deren Untersuchung sich ihm unwillkürlich der Eindruck von Hypothyreoidismus aufdrängte), Thyreoidea in kleinen Dosen gegeben habe, und zwar anscheinend mit einigem Einfluß. „Die Kranken wurden auffallend schnell freier, das subjektive Befinden, der Appetit hob sich verhältnismäßig bald. Hoffentlich werden uns weitere serologische Untersuchungen noch mehr Aufschluß über das Korrelationsverhältnis zwischen Geschlechtsdrüsen und Schilddrüse geben."

V. Kafka kommt auf die Untersuchungen an der Hamburger Staatsirrenanstalt Friedrichsberg, worüber auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie bereits eine vorläufige Mitteilung (s.o.) gemacht worden war, mit einem ausführlichen Bericht über die Ergebnisse bei über 120 Fällen zurück.[5]) Viele von diesen Fällen sind mehrmals untersucht worden.

Bei den 17 normalen Fällen — Personen, die als vollkommen gesund gelten — waren gegen keines der angewendeten Organe (Gehirn, Rückenmark, Hypophyse, Schilddrüse, Hoden, Ovarium, Nebenniere, Niere, Plazenta) Abwehrfermente nachweisbar, nur dreimal gegen Milz. Der Abbau der Milz beruht in zwei Fällen vielleicht darauf, daß die beiden Personen anämisch waren. Vielleicht aber muß die Milz zu solchen Versuchen anders präpariert werden als die übrigen Organe.

Bei 38 sicheren Fällen von Dementia prae-

[4]) Gibt es spezifische, mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren nachweisbare Schutzfermente im Blutserum Geisteskranker? Von Dr. Johannes Fischer, Assistent der Universitäts-Klinik und Poliklinik für Nerven- und Gemütskranke in Rostock (Direktor: Geh.-Rat Prof. Dr. Schuchardt). Sitzungsberichte und Abhandlungen der Naturforschenden Gesellschaft zu Rostock, Bd. V. (Rostock, Kommissionsverlag von H. Warkentien). In der Naturforschenden Gesellschaft zu Rostock am 3. Mai 1913 gehaltener Vortrag. F. war nach Stuttgart gereist, um hier die Abderhaldensche Methode bei Geisteskranken angewandt zu sehen und zu erlernen. San.-Rat Fauser hat ihn theoretisch und praktisch in das Verfahren eingeführt. Er stellte ihm das Laboratorium und das Material des Bürgerhospitals zur Verfügung, um eine Reihe von Untersuchungen selbständig ausführen zu können, wobei Dr. Lempp ihn unterstützte.

[5]) Über den Nachweis von Abwehrfermenten im Blutserum vornehmlich Geisteskranker durch das Dialysierverfahren nach Abderhalden. Von Viktor Kafka. Aus der Staatsirrenanstalt Friedrichsberg-Hamburg Direktor: Professor Dr. W. Weygandt). I. Mitteilung. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Bd. XVIII, Heft 3, S. 341.

cox fanden sich Abwehrfermente gegen Gehirn in voller Stärke in 20 von 32 untersuchten Fällen; in 3 Fällen war die Reaktion fraglich, in 3 weiteren wahrscheinlich negativ. Von den 6 negativen Fällen zeigte einer Abwehrfermente gegen Rückenmark. Von 11 darauf untersuchten Seris bauten 4 Rückenmark ab, ein Resultat blieb fraglich. Ferment gegen Hypophyse war in keinem der Fälle nachweisbar. Schilddrüsenabbau, worauf in allen Fällen untersucht wurde, fand sich 20 mal positiv, einmal fraglich positiv, einmal fraglich, einmal fraglich negativ, 15 mal sicher negativ. In 12 Fällen wurde auf Abwehrferment gegen Hoden untersucht; in 7 Fällen war das Ergebnis positiv, in 5 Fällen negativ, in einmal fraglich negativ. Auf Abwehrfermente gegen Ovarium wurde in 16 Fällen untersucht; in 5 Fällen war das Ergebnis sicher positiv, in einem Fall fraglich positiv, in einem fraglich und in zweien fraglich negativ, bei den übrigen glatt negativ. 23 Fälle wurden mit Nebenniere untersucht; 5 waren positiv. In 18 Fällen wurden Zentralnervensystem, Geschlechtsdrüsen, Schilddrüse und Nebennieren gemeinsam untersucht; es fand sich einmal Abbau aller vier Organe. In 23 Fällen wurden Zentralnervensystem, Geschlechtsdrüse und Schilddrüse gemeinsam eingestellt; 5 mal zeigte sich Abbau aller dieser Organe. 33 mal wurden Zentralnervensystem und Schilddrüse gemeinsam in den Dialysierversuch eingesetzt; 11 mal fand sich Abbau beider; 22 mal Zentralnervensystem und Geschlechtsdrüsen, dabei fünfmal Abbau beider Organe. In 28 daraufhin untersuchten Fällen fanden sich 6 mal Schutzfermente gegen Schilddrüse und Geschlechtsdrüsen. Manisch-depressives Irresein: zwei sichere Fälle; in dem einen: Gehirn, Schilddrüse, Ovarium, Milz negativ, Nebenniere einmal positiv, bei einer zweiten Untersuchung negativ; in dem anderen (basedowoide Symptome; starke manische Erregung): Gehirn positiv, Schilddrüse fraglich, Ovarium und Nebenniere negativ. Lues kombiniert mit Psychose: 1. Lues mit (vermutlich) Dementia praecox: Gehirn, Schilddrüse, Hoden positiv. 2. Epilepsie auf luetischer Basis: I. im Status — Gehirn fraglich, Rückenmark, Schilddrüsen, Ovarium, Milz positiv, Nebenniere negativ; II. fast anfallsfrei — Gehirn positiv, Schilddrüsen fraglich, Ovarium, Nebenniere negativ; III. anfallsfrei — Gehirn, Rückenmark, Nebenniere negativ, Schilddrüse, Ovarium fraglich negativ. 3. Lues und Katatonie: Gehirn positiv, Schilddrüse, Ovarium negativ, Nebenniere fraglich. 4. Lues und (vermutlich) manisch-depressives Irresein: Gehirn fraglich, Schilddrüse positiv, Nebenniere negativ. 5. Lues cerebri: Gehirn positiv, Rückenmark, Schilddrüse negativ, Hoden fraglich. 6. Lues secundaria, Imbezillität, Fettsucht: Gehirn und Rückenmark negativ, Schilddrüse, Milz positiv, Hoden einmal positiv, das andere Mal fraglich. Paralyse: in 7 von 8 Fällen Schutzfermente gegen Gehirn; der eine (erste) Fall mit Gehirn negativ, Rückenmark, Schilddrüse, Ovarium, Nebenniere positiv, war kurz (1 Monat) vor dem Ableben. Einer der 7 Fälle (der achte) reagierte ausschließlich mit Gehirn positiv; er befand sich in Remission. Im zweiten Falle: Gehirn und Rückenmark positiv; im dritten: Gehirn positiv; im vierten: Gehirn, Rückenmark und Schilddrüse positiv, Hoden negativ; im fünften: Gehirn, Rückenmark, Schilddrüse positiv, Hoden fraglich; im sechsten: Gehirn, Rückenmark, Schilddrüse, Hoden positiv, Nebenniere negativ; im siebenten: Gehirn, Rückenmark, Schilddrüse positiv, Hoden, Nebenniere negativ. Genuine Epilepsie: Bei den untersuchten 11 Fällen wurden Geschlechtsdrüsen und Nebenniere niemals, Gehirn nur in drei Fällen sicher, davon war aber einer ein Fall mit fraglicher Diagnose, in den beiden anderen Fällen wurde Gehirn nicht in jedem Zustand (es wurden wiederholte Untersuchungen angestellt) abgebaut. Schilddrüse wurde dreimal abgebaut, davon in einem Falle nur im Status epileptikus, im zweiten im Dämmerzustande; der dritte Fall war der mit fraglicher Diagnose: genuine Epilepsie. Gröbere Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion: 10 Fälle. 1. Wärterin mit Struma: Gehirn, Rückenmark, Schilddrüse, Ovarium negativ, Hypophyse fraglich negativ. 2. Basedow? mit psychopathischen Symptomen: Gehirn einmal positiv, einmal fraglich, Schilddrüse und Hoden negativ. 3. Basedow? mit Dementia-praecox-Symptomen: Gehirn negativ, Rückenmark fraglich positiv, Schilddrüse und Ovarium zweimal positiv, einmal fraglich positiv, Nebenniere einmal fraglich, einmal negativ. 4. Imbezillität + Struma: Gehirn positiv, Rückenmark, Schilddrüse, Hoden, Nebenniere negativ. 5. Akromegalie; sonst psychisch und körperlich normal, und 6. Manisch-depressives (zirkulär paranoid) Irresein mit akromegalen Symptomen (?): Gehirn, Hypophyse, Schilddrüse, Nebenniere negativ, bei 5 auch Epiphyse und Hoden. 7. Schwere Akromegalie und Psychose: bei erster Untersuchung Hypophyse negativ, Schilddrüse positiv; bei zweiter: Gehirn und Nebenniere negativ, Ovarium fraglich negativ, Rückenmark und Schilddrüse positiv; bei dritter Untersuchung (in schwerem Erregungszustand): Hypophyse und

Schilddrüse positiv, Epiphyse negativ. 8. Hypophysentumor: Gehirn und Hypophyse positiv, Epiphyse negativ, Ovarium fraglich. 9. Akromegalie mit Idiotie: Gehirn positiv, Hypophyse, Schilddrüse, Hoden negativ. 10. Idiotie, Haarmensch: Gehirn und Nebennieren positiv, Schilddrüse und Hoden negativ. Zwei weitere Fälle von Idiotie; bei dem einen Gehirn und Nebenniere positiv, bei dem anderen Gehirn und Schilddrüse. Ein Fall von schwerer Imbezillität und Infantilismus: keine sichere Fermentbildung gegen die untersuchten Organe. Zwei Fälle schwerer Chorea: in dem einen Schutzferment gegen Gehirn, in dem anderen gegen Rückenmark, bei beiden Schutzferment gegen Schilddrüse fraglich. Ein Fall von multipler Sklerose: keinerlei Schutzfermente; Verhalten des Serums gegen Nebenniere fraglich. Ein Fall von Hysterie mit Imbezillität und ein Fall von Psychopathie mit Morphium- und Heroinmißbrauch: keine Abwehrfermente im Blutserum. Es sind dann noch 17 klinisch fragliche Fälle untersucht worden, bei denen die Diagnose zwischen Dementia praecox und anderer Psychose schwankt. Die Mehrzahl davon, nämlich 12, deren serologischer Befund auf Dementia praecox wies, nahmen später einen ausgesprochenen Verlauf der Dementia praecox.

Als Schlußfolgerungen ergeben sich aus Kafkas Untersuchungen folgende Punkte:

Zur Bildung von Schutzfermenten gegen Gehirn kommt es, wenn dasselbe durch schwere organische, besonders syphilogene Schädigungen, die im Zentralnervensystem selbst lokalisiert sein können, affiziert ist oder wenn es durch lange dauernde oder plötzlich einsetzende und schwer verlaufende Stoffwechselstörungen in Mitleidenschaft gezogen wird. Es taucht die Frage auf, ob sich nicht auch in schweren Perioden bis jetzt als funktionell geltender Psychosen durch die plötzliche Überlastung des Gehirnstoffwechsels auch temporär wenigstens im Blutserum Zeichen vorübergehenden und reparablen Gehirnabbaus finden.

Schutzferment gegen Schilddrüse findet sich nie bei normalen Personen; sehr häufig ist es bei Dementia praecox, auch bei Paralyse, und bei Epilepsie im Anfall; bei Basedowverdächtigen ist es selten, häufiger erscheinend bei reiner Struma.

Schutzferment gegen Geschlechtsdrüse findet sich bei Dementia praecox und Paralyse. Die typischen Dementia-praecox-Fälle zeichneten sich meist durch Bildung von Schutzferment gegen Geschlechtsdrüsen aus, dagegen zeigten diejenigen, welche nach irgendeiner Richtung abweichen und eine Diagnose nicht auf den ersten Blick gestatteten, in der Mehrzahl Schilddrüsenabbau.

Beachtenswert ist, daß sich Nebennierenabbau bei Dementia praecox fünfmal unter 22 Untersuchungen fand.

Die Abderhaldensche Methode verspricht auch Aufschlüsse über die verschiedenen Idiotie- und Infantilismusformen dysgenitaler Natur.

Der Nachweis von Schutzferment wird voraussichtlich, besonders bei Dementia praecox, prognostische Dienste leisten, über den Grad der Besserung in gebesserten Fällen aufklären und den Weg weisen für Heilversuche. Solche sind von Direktor Prof. Dr. Weygandt an der Staatsirrenanstalt Friedrichsberg mittelst Drüsenpräparaten bereits eingeleitet. (Fortsetzung folgt.)

Über die Anwendung des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie.

(Vorläufige Mitteilung aus der Landesirrenanstalt Landsberg a. W., Direktor: Dr. Riebeth).

Von Dr. **Hussels.**

Das Dialysierverfahren wird hier, nachdem die Technik im physiologischen Institut Halle unter Aufsicht und Anleitung von Professor Dr. Abderhalden geübt wurde, seit April 1913 angewendet. Es wurde von vornherein bei genauer Beachtung der Vorschriften mehr Wert auf weitgehende Kontrolle im Einzelfalle als eine möglichst große Zahl untersuchter Sera gelegt. Nur so ließen sich ganz allmählich die Fehlerquellen, über die man anfangs am besten ein Verzeichnis führt, mehr und mehr beseitigen und brauchbare Resultate erzielen. Mitgeteilt seien hier nur diejenigen Fälle, bei denen Versuchsfehler, soweit das überhaupt zurzeit möglich ist, ausgeschlossen werden konnten und bei denen neben dem eigentlichen Versuch:

1,0 Serum + Organ

mindestens folgende Kontrollen angesetzt wurden:

1. 1,0 Serum + Organ,
2. 1,0 Serum allein,
3. 1,0 inaktiviertes Serum + Organ,

4. 1,0 Aqu. + Organ,
5. 1,0 Serum + Plazenta (als Kontrollorgan),
6. 1,0 Serum + Plazenta,
7. 1,0 inaktiviertes Serum + Plazenta,
8. 1,0 Aqu. + Plazenta.

Es wurden also immer nur noch 1,0, nicht wie zuerst auch 1,5, Serum verwendet.

Die Resultate waren folgende:

In dem Blutserum der untersuchten Gesunden und Hysteriker männlichen Geschlechts wurden Abwehrfermente gegen Gehirn, Hoden, Leber, Plazenta und Karzinomgewebe nicht gefunden.

Niemals wurde eine positive Reaktion beobachtet bei Ansetzen von Organen mit inaktivem Serum, mit Ausnahme der wenigen Fälle (Paralyse), in denen schon das Dialysat des betreffenden aktiven Serum allein eine schwach positive Ninhydrinreaktion gab.

Bei 9 sicheren Fällen von Dementia praecox, bei ganz frischen, wie bei älteren, sowohl bei ruhigen wie bei erregten Kranken von hebephrenem wie katatonem Typus wurde regelmäßig Gehirn und Hoden, nie Plazenta abgebaut.

Bei einem gehemmten Katatoniker fanden sich dauernd sicher keine Abwehrfermente.

Bei 14 sicheren Paralytikern war die Reaktion, deren Stärke auffiel, für Gehirn regelmäßig, für Hoden dreimal und auch für Plazenta zweimal positiv. Letzteres kann, da die betreffende Kontrollen negativ waren, vorläufig nur durch einen Versuchsfehler erklärt werden, der wohl darin bestand, daß die angewendeten Plazentastückchen nicht vollkommen blutfrei waren, obwohl die gleiche Plazenta sonst niemals positive Reaktion ergeben hatte.

In 20 verschiedenen Fällen wurde auch Karzinom- und Lebergewebe verwendet. Abbau des ersteren fand sich nur bei einem auf Karzinom dringend verdächtigen Kranken, letzteres gab aber dreimal, und zwar mit Paralytikerserum positive Reaktion, so daß wiederum an der Blutreinheit der betreffenden Leberstückchen Zweifel aufstiegen, obwohl ja auch durchaus möglich ist, daß in diesen Fällen eine Dysfunktion der Leber tatsächlich vorliegt.

Was die Technik betrifft, so ist neben der genauen Befolgung aller Vorschriften, wodurch Massenuntersuchungen ausgeschlossen sind, die regelmäßige Prüfung der Hülsen nicht zu vergessen. In allererster Linie aber muß nach meinen Erfahrungen auf die völlige Blutreinheit der Organe gesehen werden, sonst ist alles Arbeiten völlig zwecklos. Die schärfste negative Ninhydrinprobe hilft nichts, wenn das Organ nicht beim ersten Kochen blutfrei war. Wenn das nicht gelungen ist, verzichtet man am besten auf das Organ sofort.

Mit dem von Goudsmit neuerdings empfohlenen abgekürzten Verfahren (Waschen mit einer Wasserstoffsuperoxydlösung) bei der Bereitung der Organe, deren blendend weiße Farbe noch nicht ihre Güte beweist, konnten hier bisher keine guten Resultate erzielt werden.

Es sei noch bemerkt, daß das Dialysierverfahren, wenn es auch zunächst nicht so scheinen mag, dauernd wohl nur in einem wohleingerichteten Laboratorium angewendet werden kann.

Mitteilungen.

— **Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen.** Zu der am 1. und 2. November 1913 in Jena stattfindenden XIX. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen laden die unterzeichneten Geschäftsführer ein. Sonnabend, den 1. November von 8 Uhr abends an: Gesellige Vereinigung im „Hotel zum schwarzen Bär". — Sonntag, den 2. November: I. Sitzung: 9 Uhr vormittags in der psychiatrischen Klinik, Oberer Philosophenweg Nr. 3. (Frühstück in der Klinik). — II. Sitzung 1 Uhr mittags. — Festmahl: 5 Uhr nachmittags im „Hotel schwarzer Bär".

Tagesordnung. (Bisher angemeldete Vorträge.)

1. Anton, Halle: Illustration der Entwicklungsstörungen am Schädel-Röntgenbild.
2. Binswanger, Jena: Zur Frage der konstitutionell-dynamischen und organisch-progressiven Epilepsie.
3. Schob, Dresden: Zur pathologischen Anatomie der multiplen Sklerose mit Demonstrationen.
4. Berger, Jena: Über den Nachweis der Spirochäten des Paralytikergehirnes im Tierexperiment.
5. Thoden van Velzen, Joachimstal: Das Gefühl.
6. Maß, Dösen-Leipzig: Psychiatrische Erfahrungen mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren.
7. Abderhalden, Halle: Die diagnostische Bedeutung der Abwehrfermente auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie.
8. Lexer, Jena: Zur Operation der traumatischen Epilepsie, mit Krankendemonstrationen.
9. Weber, Chemnitz: Die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes (§ 12 des Reichswohnsitzgesetzes).
10. Wanke, Friedrichroda: Zur Psychologie des Unbewußten.
11. Strohmayer, Jena: Zur Kasuistik der kindlichen psychopathischen Konstitution.
12. von Bardeleben, Jena: Ist Linkshändigkeit ein Zeichen von Minderwertigkeit?

13. Röper, Jena: Erfahrungen über die Behandlung der progressiven Paralyse mit albumosefreiem Tuberkulin.
14. Nießl von Mayendorf, Leipzig: Über die Grenzen und Bedeutung der sogenannten Hörsphäre (mit diaskopischen und episkopischen Projektionen).
15. Jennicke, Roda: 1. Über traumatische Poliomyelitis (unter Vorführung mikroskopischer Präparate). — 2. Vorstellung einiger anatomischer Präparate.
16. Friedel, Roda mit Busse, Jena: Gynäkologische Untersuchungen und Operationen bei Psychosen.
17. Völsch, Magdeburg: Geschwülste des Parietallappens.
18. Kleist, Erlangen: Über paranoide Wahnbildung.
19. Pfeifer, Nietleben: Beitrag zur funktionellen Bedeutung des Sehhügels auf Grund experimenteller Untersuchungen.
20. Hauenstein, Erlangen: Untersuchungen mittels der Weichardtschen Methode der Katalysatorenbeeinflussung bei Geisteskranken.
21. Schilder, Leipzig: Zur Symptomatologie der Apraxie.
22. Rohde, Jena: Zur Frage der exogenen Entstehung bei Dementia praecoxähnlichen Krankheitszuständen.
23. Wegener, Jena: Thema vorbehalten.

Wenn auch die Zeitdauer für die einzelnen Vorträge nicht bestimmt ist, so wird doch gebeten, dieselben nicht über 20 Minuten und diejenige der Bemerkungen in der Diskussion nicht über 5 Minuten auszudehnen.

Anmeldungen zur Teilnahme am Festmahl (Gedeck 4 Mark) werden bis zum 20. Oktober an den I. Geschäftsführer (Binswanger, Jena) erbeten. Die Herren Teilnehmer werden in der Lage sein, die Abendzüge in der Richtung Leipzig, Halle, Magdeburg, Saalfeld, Nürnberg zu benutzen.

Hotels: Zum schwarzen Bär, Fürstenhof, Kaiserhof, Zur Sonne und Deutsches Haus.

Um Weiterverbreitung dieser Einladung wird gebeten. Gäste sind willkommen.

Die Geschäftsführer:
Binswanger. Schäfer.

— **Eine Trinkerheilstätte in Oberbayern.** Das Münchener Gemeindekollegium beschloß auf Antrag des Dr. med. Krüche, Herausgeber der „Ärztlichen Rundschau", einstimmig, das im städtischen Besitze befindliche Grubmühlanwesen, das 4 km von der Bahnstation Kreuzstraße bei dem landschaftlich herrlich gelegenen Dorfe Grub in beherrschender und isolierter Lage auf fruchtbarem Grunde situiert und etwa 100 000 M wert ist, dem Vereine für Trinkerheilstätten zu dem pro forma ausgemachten Pachtschilling von 50 M jährlich, also in Wirklichkeit umsonst zu überlassen. Der Kreis Oberbayern hat für 5 Jahre je 20 000 M als Betriebskapital bewilligt, so daß nunmehr bald der Betrieb, einstweilen mit 20 Patienten begonnen werden kann, zumal an dem sehr zweckmäßig und gut gebauten Hause keine erheblichen Abänderungen in Frage kommen. Die Beschäftigung der Patienten wird im gärtnerischen und landwirtschaftlichen Betriebe bestehen, auch werden eine Korbflechterei und sonstige Werkstätten eingerichtet, um vorwiegend die Erzeugnisse des eigenen Bodens zu verarbeiten, zu welchem außer Wiesenflächen auch Wald gehört. Hoffentlich wird nun auch der Staat das seine tun, um diesem nach sechsjähriger, zielbewußter Arbeit endlich durchgesetzten Unternehmen eine gesegnete und gedeihliche Existenz und Weiterbildung zu sichern. In der Kreisirrenanstalt befinden sich jetzt schon ca. 40 Alkoholiker, von denen mindestens die Hälfte nach dem Gutachten des Direktors Med.-Rat Dr. Vocke durch eine einfache Überwachung und Beschäftigung heilbar ist, so daß man für diese den kostspieligen Apparat einer Irrenanstalt nicht benötigt. (Dr. Holitscher's Korresp.).

Referate.

— Dietrich, Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr., Die Vorschriften über die staatl. Prüfung der Krankenpflegepersonen. 24 Seiten. 1,20 M. Verlag Thieme, Leipzig.

Das vorliegende Heft enthält in klarer, übersichtlicher Form die z. Zt. allgemein geltenden Vorschriften für das Krankenpflegepersonal, wie sie in allen deutschen Bundesstaaten (Preußen 1907, Sachsen 1909 etc.) jetzt eingeführt sind. Eine Orientierung über alle diesbezüglichen Fragen ist unschwer möglich; zahlreiche Erläuterungen sind in Fußnoten beigegeben und erhöhen den Wert des Heftes. Kürbitz-Sonnenstein.

— Wilhelm, Amtsgerichtsrat a. D. Dr., Operationsrecht des Arztes und Einwilligung des Patienten in der Rechtspflege. Beiträge zur forens. Medizin: Bd. 1, Heft 31, 40 Seiten. Preis 1 M.

Unter Anführung mancher Prozesse bespricht Verfasser vom juristischen Standpunkt ausführlich die Frage des ärztlichen Operationsrechtes.

Für das Zweckmäßigste hält er den Mittelweg, der dahin gehen soll: gesetzlich festzulegen, daß die Einwilligung des Minderjährigen über 16 Jahre genügt zum ärztlichen Eingriff, auch wenn der Vertreter widerspricht; andererseits sei aber zu verhüten, daß der Arzt strafbar wird, wenn der Vertreter für, der Minderjährige über 16 Jahre aber gegen die Operation ist. Kürbitz-Sonnenstein.

— Hahn, G., Die Geschlechtskrankheiten und die ärztliche Verantwortlichkeit. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 1913.

Mahnung an die Ärzte, Geschlechtskrankheiten nicht als quantité négligeable zu betrachten, sondern in jedem Fall außer der sorgfältigen Untersuchung und Behandlung des Erkrankten auch die großen Gefahren für Familie, Nachkommenschaft und Umgebung zu berücksichtigen. Jödicke-Stettin.

— Monneyrat, Dr. A., Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon: Arsenic et Syphilis. Extrait du Journal de Médecine Interne, 20. 9. bis 10. 10. 1910. Paris 1912. Moderne Imprimerie.

Ausgehend von dem Gedanken, ein gegen die Lues möglichst wirksames, dabei verhältnismäßig ungiftiges Arsenpräparat herzustellen, hat Verf. nach vielen Analysen und Synthesen endlich ein Präparat gefunden, das nach seiner Ansicht diese Eigenschaften besitzt. Es ist dies das Benzosulfoneparaaminophénylarsinate de soude das er „Hektine" nennt; weiter stellte er eine Quecksilberverbindung mit „Hektine", das „Hektargyre" her.

Das Hektine soll vor dem Ehrlichschen Präparat verschiedene Vorzüge haben, die darin begründet seien, daß Ehrlichs Präparat in Wasser unlöslich sei, das von Monneyrat sich aber löse. Durch die Unlöslichkeit seien Nekrosen, Schmerzen, Fieber, Schwellungen, Herzstörungen hervorgerufen worden, die bei der Hektine-Medikation fehlen sollen.

Wie weit M. Recht hat, entzieht sich der Beurteilung des Ref., es mag nur hier so viel gesagt sein, daß sich mit der Vervollkommnung der 606-Technik (Vermeidung des Wasserfehlers usf.). die Nebenerscheinungen nach Salvarsan ganz wesentlich gemildert haben.

Den Schluß der Arbeit bilden Anwendungs-Verordnungen des Hektine, von denen die innerlich in Tropfen oder Pillenform besonders hervorgehoben sei, sowie kurze Bemerkungen über die Kontraindikationen bei der Anwendung löslicher oder unlöslicher Arsenpräparate.

Heinicke-Großschweidnitz.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Erlangen.** Oberarzt Dr. Neupert an der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt ist in den Ruhestand versetzt.

— **Colditz i. Sa.** Prof. Dr. L. W. Weber, bisher Direktor der Städtischen Nervenheilanstalt zu Chemnitz, ist zum Direktor der Landespflegeanstalt Colditz i. Sa. ernannt worden.

— **Provinzialheilanstalt zu Marsberg.** I. Oberarzt Sanitätsrat Dr. Haase ist am 1. Oktober d. Js. in den Ruhestand getreten. Dr. Siebert, bisher II. Oberarzt in Lengerich, trat an diese Stelle. Oberarzt Dr. Westrum wurde von hier als II. Oberarzt nach Lengerich, Abteilungsarzt Dr. Wegener von hier nach Warstein und Abteilungsarzt Dr. Cordes von Warstein nach Marsberg versetzt.

— **Philippshospital** bei Goddelau. Fräulein Dr. Gertrud Dinkelacker aus Altona ist am 16. September als Assistenzärztin in den Dienst der hiesigen Anstalt getreten.

— **Alzey.** Dr. med. Joachim Sattler aus Brody ist am 17. Septbr. als Assistenzarzt in den hiesigen Anstaltsdienst getreten.

— Der **Nachruf auf Paul Näcke** in der vorigen Nummer dieser Zeitschrift stammt aus der Feder des Herrn Medizinalrat Dr. Kellner in Chemnitz-Altendorf. Der Name des Autors ist versehentlich weggeblieben.

— Das vom japanischen Generalarzt Tsuzuki bekanntgegebene **Antiluetin** (vergl. diese Wochenschrift, Seite 232, Nr. 19 vom 9. August 1913) wird von der Firma C. Takeda Doshomachi Niehome in Osaka vertrieben.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma

Kalle & Co., A.-G., Biebrich a. Rh.

betr. „Neuronal"

bei, den wir der Beachtung unserer Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 28. 11. Oktober **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Leo Tolstois Drama „Der lebende Leichnam". Von Dr. E. A. Martin, Neubabelsberg. (S. 333.) — Die Beziehungen zwischen Gicht und Nervenkrankheiten. Von Dr. med. Ratner, Arzt in Wiesbaden (S. 339.) — Referate (S. 341.) — Personalnachrichten (S. 342.)

Leo Tolstois Drama „Der lebende Leichnam".

Eine psychiatrische Studie von Dr. **E. A. Martin,** Neubabelsberg.

Im vergangenen Winter hat Tolstois nachgelassenes Drama „Der lebende Leichnam" im Deutschen Theater in Berlin einen unzweifelhaften Bühnenerfolg gehabt, und füllt auch jetzt nach Wiedereröffnung der Saison noch Abend für Abend das Haus. Diesen großen Erfolg verdankt das Stück wohl in der Hauptsache der glänzenden Inszenierung Reinhardts und der meisterhaften Darstellungskunst Alexander Moissis, denn der Stoff selbst findet durchaus nicht den uneingeschränkten Beifall, den eine über hundertfache Wiederholung eigentlich vermuten lassen sollte. Das Urteil lautet im Gegenteil sehr verschieden und häufig recht ablehnend, je nach dem ethischen, religiösen oder sonstigen Standpunkt, den der Betreffende gerade einnimmt. Aber in all den offiziellen und inoffiziellen Kritiken und den zahlreichen Unterhaltungen, die ich mit den verschiedensten Personen meiner Bekanntschaft über den traurigen Helden dieses Dramas gehabt habe, fand ich nirgends auch nur den Verdacht geäußert, daß hier wohl der Psychiater das letzte maßgebende Urteil zu fällen habe, wie auch das im Theater selbst verkaufte, von Hermann Rosenberg herausgegebene und mit Beiträgen von Emil Ludwig und Heinrich Ed. Jacob versehene Heft nicht die geringste Andeutung in dieser Richtung macht. Der Held wird als eine von den Naturen hingestellt, die „ehe sie sich einer verhassten Kleinigkeit unterziehen, lieber den schwersten Umweg wählen um ihr zu entgehen — und sei es den Tod;" als ein Träumer, der untergehen und sterben will, „weil irgendeine mystische Trägheit, die aus einem unbekannten Abgrund seiner Seele aufgestiegen war, weil irgendein rätselhafter Überdruß ihm verbot, einen Verlust, der zweifellos bestand, öffentlich anzuerkennen". Auch Moissi spekuliert mit seiner Auffassung in der Hauptsache auf das Mitleid der Zuschauer und stellt den Fedja zum Schluß mit leichtem Mißbrauch der Christusmaske als einen Märtyrer dar, der zugrunde geht an einer ungerechten Gesellschaftsordnung, deren offenkundige und allgemein ausgeübte Lügen er nicht mitzumachen vermag. Wenn ich demgegenüber den Standpunkt des Psychiaters entwickelte und darzulegen versuchte, daß da gar nichts Mystisches vorhanden sei und daß allein seine psychopathische Charakterveranlagung Schuld sei an seinem Sinken und Verkommen, an seinem kläglichen Schicksal und schließlichen Tod, dann begegnete ich meist einer verwunderten Ablehnung und mußte den Vorwurf hören, daß es ja unsere Sucht sei, überall Geisteskrankheiten zu wittern und jede eigenartige Handlung darauf zurückzuführen. Und doch scheint mir gerade in diesem Falle die Sache so klar und einwandfrei zu liegen, wie selten.

Tolstoi soll zu seinem Drama durch ein wahres Ereignis angeregt worden sein, das den Dichter wieder in ihm lebendig werden ließ, der solange neben dem Philosophen und politischen Utopisten schweigen mußte. Er soll aber gerade deswegen von dem Stück nicht viel gehalten und seine Aufführung zu seinen Lebzeiten verhindert haben, zumal er auch von den noch lebenden Hauptpersonen darum gebeten wurde. Wie nun dem auch sein mag, wir wollen uns freuen, daß er es geschaffen und daß es seinen Weg auf die Bühnen gefunden hat, denn es liefert uns den Beweis, daß die große dichterische Begabung, welche sich in seinen ersten Werken offenbarte, bis in sein

hohes Alter lebendig blieb, obwohl er sie viele Jahre zugunsten der Propagierung seiner politischen und philosophisch-religiösen Ideen unterdrückt hatte. Aus der ursprünglich etwas tragikomischen Geschichte hat er ein wirkliches Drama gemacht, in dem er mit der intuitiven Sicherheit, die jedes dichterische Genie auszeichnet, den Konflikt in die eigenartige geistige Veranlagung seines Helden legte; und damit hat er uns, wenn auch ungewollt — denn ich glaube nicht an eine bestimmte Absicht seinerseits —, im Fedja eine pathologische Persönlichkeit auf die Bühne gestellt, wie wir sie vollkommener nur in wenigen Dichtungen besitzen.

Es ist ja ein altes Problem — und die größten Dichter aller Zeiten haben sich mit ihm befaßt —, inwieweit es möglich ist pathologische Charaktere, ja direkt Geisteskranke auf die Bühne zu bringen und dramatisch zu verwerten. Ich brauche nur an „Orest", an Shakespeares „Hamlet", „Ophelia", „König Lear", an Goethes „Gretchen" und „Lila", an Ibsens „Gespenster" und Hauptmanns „Fuhrmann Henschel" zu erinnern, um aus der großen Menge einige herauszugreifen. Das Problem ist eben so alt wie die Dichtkunst selbst. Und doch müssen wir gestehen, daß es nur selten einwandfrei im Sinne und in der Beurteilung der Psychiatrie gelöst worden ist. Bei den Geisteskranken liegt ja der Grund, warum es nicht gelungen ist und auch nur selten gelingen kann, auf der Hand. Möbius formuliert ihn in seiner Pathographie Goethes folgendermaßen: „Ein Schauspiel mit einem irren Helden ist eigentlich eine ästhetische Unmöglichkeit, denn ein Unzurechnungsfähiger kann nicht nur nicht bestraft werden, sondern auch nicht tragisch wirken, da ihm die erste Voraussetzung, die normale Motivation fehlt." Um Interesse für die Handlungen und den Konflikt des Helden zu empfinden, muß der Zuschauer ihn verstehen, seinen Gedankengängen folgen können; es muß eine verwandte Saite in ihm anklingen, er muß fühlen, daß er unter den gleichen Bedingungen vielleicht ebenso gedacht, ebenso gehandelt und damit ebenso eine Schuld auf sich geladen haben würde, wie der Held. Bei vielen Handlungen von Geisteskranken ist das nun so gut wie unmöglich, denn die Motive ihres Handelns sind eben nicht nur die normalen, dem Verständnis eines jeden zugänglichen, sondern zu diesen kommen noch Sinnestäuschungen, Wahnideen usw. hinzu, die dem Zuschauer verborgen bleiben, so daß man nur selten sofort angeben kann, warum der Kranke gerade so handelt, wie er es tut. Häufig gelingt es ja später, die Psychologie der einzelnen Handlungen aufzuklären, im Augenblick der Handlung selbst ist das meist unmöglich. Unverständliche Handlungen aber erwecken keine Teilnahme, erregen nicht Furcht oder Mitleid, sondern rufen höchstens ein Gefühl von peinlicher Verwunderung und Unlust hervor. Es muß darum, wie Shakespeare sagt, „Vernunft im Wahnsinn" sein, um ihn auf der Bühne verwerten zu können. Die meisten älteren Dichter haben sich deshalb in der Weise geholfen, daß sie die darzustellenden Geisteskrankheiten als *ins* Übermaß gesteigerte Affekte charakterisierten. Erst die Modernen haben systematische Studien gemacht, und auf Grund dieser ist es z. B. Hauptmann auch gelungen, im „Fuhrmann Henschel" eine Psychose, die Melancholie des Rückbildungsalters, psychiatrisch einwandfrei zur Darstellung zu bringen, gerade weil in ihr der Intellekt am wenigsten gestört zu sein pflegt.

Anders und nur in gewisser Weise ähnlich verhält es sich dagegen mit den psychopathischen Persönlichkeiten. Sie begehen keine direkt unsinnigen und unverständlichen Handlungen, ihren Gedankengängen können wir noch folgen, so sonderbare Wege sie auch einmal einschlagen. Bei ihnen ist der Konflikt und das schließliche Schicksal in ihrer pathologischen Charakterveranlagung begründet. Das klasssiche, allen bekannte Beispiel dafür ist ja Hamlet. Ihm möchte ich nun den Fedja des „lebenden Leichnams" an die Seite stellen, in dessen Charakterzeichnung uns Tolstoi ein Schulbeispiel eines anderen Typus des Psychopathen geschaffen hat, wie es reiner auch ein Psychiater von Fach nicht fertig bekommen hätte.

Obwohl die „Haltlosen" unter den psychopathischen Persönlichkeiten mit am zahlreichsten vertreten sind, ist ihr Typus doch den Laien mit am wenigsten bekannt, da sie ja für gewöhnlich keine schweren, allen offenkundigen psychischen Störungen zeigen. Zu ihnen gehört nun meiner Meinung nach der Fedja des „lebenden Leichnams". Ehe ich jedoch auf Einzelheiten eingehe, welche diese meine Ansicht beweisen sollen, gebe ich im folgenden kurz eine allgemeine Charakteristik dieses besonderen Typus und halte mich dabei in der Hauptsache an Kräpelin, der in dem betreffenden Kapitel seines Lehrbuches ein klares und scharfumrissenes Bild desselben entwirft.

Diese Instablen, wie der Franzose sie nennt, sind meist ganz liebenswürdige Menschen mit leidlich guter Begabung. Sie fassen leicht auf, beobachten scharf — besonders die kleinen Schwächen und Fehler ihrer Umgebung —, besitzen eine gewisse Lebendigkeit und Beweglichkeit des Geistes und verstehen es vor allen Dingen ausgezeichnet,

ihr Wissen an den Mann zu bringen. So blenden sie auch schärfere Beobachter, täuschen größere Gaben vor, als sie in Wirklichkeit besitzen, und erwecken Hoffnungen, die sie nie und nimmer verwirklichen können. Flüchtig und oberflächlich wie sie sind, dringen sie nirgends in die Tiefe und gelangen so zu keiner wirklichen Geistesbildung. Ihr Urteil bleibt einseitig und unreif, ihre Begriffsbildung unklar und verschwommen, ihr Verständnis des Lebens und seiner Aufgaben kurzsichtig und verzerrt. Sie sind unfähig zu jeder ernsten Arbeit, versagen bei jeder Aufgabe, die ihnen gestellt wird, und drücken sich vor jeder Verantwortung, die sie etwa übernehmen sollen. Ihr Hauptcharakteristikum ist eine vollkommene Willensschwäche, die ihnen jeden Entschluß, jede Tat, jedes Halten von Versprechungen, jedes Verharren auf einem einmal eingeschlagenen Wege unmöglich macht und sie zum Spielball aller Einflüsse werden läßt, denen das Leben sie aussetzt. Solange sie noch unter der Zucht des Hauses und der Schule stehen, geht es mit ihnen meist ganz leidlich, sobald sie aber auf eigene Füße gestellt werden, versagen sie und verlieren jeden Halt. Da ihnen keine Arbeit auf die Dauer zusagt, wechseln sie oft ihre Tätigkeit und ihren Beruf, und immer wieder ist es etwas Anderes, das sie hindert auch in dem Neuen auszuhalten. Ihr Interesse richtet sich nur auf das Spielerische, Phantastische, Abenteuerliche. Seichter Lebensgenuß, verbrämt mit allerhand künstlerischen Versuchen, ein Schwelgen in Empfindungen und Gefühlen füllt ihre Zeit aus, aber nirgends kommt es zu einer positiven wertvollen Leistung, da es ihnen an Ernst und Vertiefung, vor allen Dingen aber an Ausdauer fehlt. Ihre Gemütslage und ihre Affekte sind meist großen Schwankungen unterworfen; sie sind schnell begeistert und entflammt, aber ebenso schnell auch entmutigt, sobald die ersten unvermeidlichen Schwierigkeiten sich einstellen. Hartholzbohren ist eben nicht ihre Sache. In ihrer Launenhaftigkeit und Empfindlichkeit fühlen sie sich leicht zurückgesetzt und verletzt, werden mißtrauisch und ungerecht.

Am ersten und stärksten leidet gewöhnlich ihr Verhältnis zu den nächsten Angehörigen, zumal wenn diese, was fast die Regel ist, ihr dauerndes Versagen nicht als Mangel und Defekt der Anlage erkennen, sondern vom sittlichen und moralischen Standpunkt aus beurteilen. Ihr Unvermögen etwas zu leisten wird ihnen als böser Wille ausgelegt und demgemäß bestraft. Es wird an ihnen herumerzogen und herumgepredigt, und es kommt zu immer häufigeren und immer größeren Mißstimmungen, welche diese Unglücklichen mehr und mehr ihrer Familie entfremden, sie dadurch ihres letzten Haltes berauben und so ihr Schicksal besiegeln.

Im allgemeinen gutmütig und harmlos besitzen sie doch eine ausgeprägte Selbstsucht, die alles ihrem Wohlbehagen opfert. Obwohl sie selbst nichts verdienen, geben sie dennoch das Geld mit vollen Händen aus und es ist ihnen ganz gleichgültig, woher und wie es zu ihnen kommt. Sie finden immer eine Rechtfertigung ihrer Handlungen, mögen diese auch noch so erbärmlich sein. Jeder Verführung widerstandslos preisgegeben, kommen sie schnell in schlechte Gesellschaft und geraten an den Alkohol, ohne besonderen Genuß daran zu finden oder besonderes Verlangen danach zu haben. So werden sie bald zu Trinkern, und der depravierende Einfluß dieses Giftes beschleunigt und vollendet ihren geistigen und körperlichen Untergang.

Die Minderwertigkeit ihrer Anlage macht es ihnen unmöglich sich in der sozialen Schicht zu halten, in die sie geboren sind, mag diese auch noch so glänzend und hoch sein; und das ist doch eigentlich das Mindeste, was man von einem vollwertigen Menschen verlangen kann. So sinken sie von Stufe zu Stufe, wenn nicht ein starker fremder Wille sie hält, und helfen schließlich das Heer der Vagabunden und Landstreicher vermehren, das in seiner großen Masse aus dieser Art psychopathischer Persönlichkeiten besteht. Da es sich um eine pathologische Anlage und nicht um eine Krankheit handelt, so kommt es auch zu keiner Verblödung, wenn nicht der Alkohol schließlich das Seine tut; und wenn sie Verbrechen begehen, dann kommen sie auch nur im Affekt oder durch Verführung und Gelegenheit dazu und beschränken sich auf solche Handlungen, die keiner Entschlossenheit bedürfen, da es ihnen ja bei der allgemeinen Willensschwäche auch an einem selbständigen verbrecherischen Willen fehlt.

Gewöhnlich besitzt diese Art von Menschenkindern keine Einsicht in die eigene Unzulänglichkeit, sondern macht ihre Umgebung, die Verhältnisse, kurz alles andere nur nicht sich selbst verantwortlich für ihr ständiges Versagen und das Mißlingen aller ihrer Unternehmungen. Manche aber paralysieren ein dumpfes Empfinden ihrer Minderwertigkeit durch eine kolossale Überschätzung ihrer Fähigkeiten und erheben sich in ihrem Inneren zu einer gottähnlichen Größe und Höhe, von der herab sie alle anderen mitleidig belächeln und verachten.

Vergleichen wir nun mit dieser allgemeinen Charakteristik des Haltlosen den traurigen Helden des Tolstoischen Dramas, so sehen wir sehr bald,

daß Zug um Zug und Linie um Linie einander gleichen, als wenn der Autor seinen Feodor Wassiljewitsch Protassow nach diesem Schema gebildet hätte. Auch er gilt als „ein Mann von Fähigkeit, ein guter Kopf, der ein feines Gefühl für das besitzt, was gut und recht ist." Er ist ein liebenswürdiger Mensch und besitzt einen gewissen Charme, der besonders die kritiklose weibliche Jugend bezaubert und gefangen nimmt. Mit Ausnahme seiner real denkenden und die Sachen beim rechten Namen nennenden Schwiegermutter, für die er nur der Trunkenbold, der Verschwender und Wüstling ist, der seine Frau betrügt und ihr Vermögen durchbringt, ein Waschlappen, auf den man sich in keiner Beziehung verlassen kann, haben ihn eigentlich alle gern und entschuldigen seine Lumpereien und vielen Fehler immer wieder. „Er gehört zu den Leuten, von denen man sagt, sie hätten außer sich keinen Feind." Schlecht ist er im Grunde nicht, nur schwach, unendlich schwach und widerstandslos gegen jede Versuchung. „Die erste Regung ist immer gut, dann aber kommt irgend ein fremder Einfluß dazwischen, er wird anderen Sinnes und handelt anders, als er wollte." Dazu kommt noch ein Hang zum Phantastischen und Ungebundenen, der ihn aus der Ordnung der Häuslichkeit in die Kreise der Zigeuner treibt, wo er im seichtesten Lebensgenusse seine Tage und Nächte hinbringt, ohne selbst eigentlich etwas zur Unterhaltung beizutragen. Er liegt auf dem Sopha, trinkt, läßt sich lieben und vorsingen und ist selig in den Gefühlen, welche die Musik in ihm auslöst. Nur eines bedauert er, „daß man nicht ewig so in Entzücken schwelgen kann!" Wo die Mittel herkommen, was aus Frau und Kind wird, ist ihm ganz gleichgültig. So bringt er es trotz aller seiner Gaben zu nichts, scheitert im Leben, bleibt der ewige Kandidat und sinkt, nachdem er seine Familie verlassen hat, schnell tiefer und immer tiefer, bis wir ihn schließlich unter jenen Ruinen von Menschen antreffen, welche das Milieu von Gorkis Nachtasyl bilden, nicht verblödet, wie der Trinker Iwan Petrowitsch, auch nicht zum gemeinen Verbrecher geworden wie der Erpresser Artemjew, sondern immer noch einen gewissen Charme bewahrend, geistig über seiner Umgebung stehend und sie mit seiner Philosophie und seinen Erzählungen blendend. Eine enorme Willensschwäche drückt allen seinen Handlungen ihren Stempel auf und beherrscht seine ganze Lebensführung. Er versagt immer und überall, sobald von ihm ein Entschluß, eine Tat, eine Verantwortung verlangt wird. Er gibt wiederholt das Versprechen sein Lotterleben aufzugeben, ist aber unfähig es zu halten und bricht sein Wort bei der nächsten sich bietenden Gelegenheit. Trotz einer gewissen Einsicht in das Unwürdige und Verderbliche seiner Lebensführung, ist er zu schwach um gegen seine Fehler anzukämpfen und erliegt jeder Verführung. Und er versucht auch gar nicht erst zu kämpfen, weder gegen sich noch gegen andere, sondern geht jedem Kampfe aus dem Wege. Als er, mißtrauisch wie er ist, in seinem Freund Karenin den Nebenbuhler wittert, da nimmt er den Kampf mit ihm nicht auf, obwohl noch alle Chancen auf seiner Seite sind, seine gute und brave Frau ihn zärtlich liebt, ihm stets von neuem verzeiht und gegen die eigene Mutter zu ihm hält, sondern räumt widerstandslos das Feld und bildet sich auch noch etwas auf diese Schlappheit ein. Wenn er nur seine Ruhe hat und nicht in seinem Lebensgenusse gestört wird, dann ist schon alles gut. Nichts schmerzt ihn wirklich, nichts dringt bei ihm in die Tiefe; er fühlt sich nur scheußlich, wenn er kein Geld hat; wie er aber zu dem Geld kommt, ist ihm ganz gleich. Alle Beziehungen zu den Menschen beurteilt er nur vom Standpunkt des eigenen Empfindens und Fühlens aus, er liebt die Menschen nur um des Guten willen, das er ihnen antut, und haßt sie um des Bösen willen, das sie ihn von ihm erleiden müssen.

Schwäche und Selbstsucht sind die Pole seines Lebens und seiner Handlungen. Sie finden wir auch wieder in seinen Beziehungen zu der Zigeunerin Mascha, die ganz davon geleitet werden. Dieses Naturkind liebt ihn mit der ganzen Hemmungslosigkeit und Leidenschaft ihres Zigeunerblutes. Ihr ist es ganz gleich was die Eltern, was der Chor dazu sagen werden. Ihre Liebe ist stärker als alle Schlösser. Sie gibt alles hin für ihre Liebe, verlangt gar nichts für sich. Nur den Geliebten will sie haben und besitzen. Und er? Er findet nicht die Kraft ihre Liebe anzunehmen und zu erfüllen, sie glücklich zu machen, so wie sie es haben will. Er wacht nur darüber, daß s e i n Gefühl für sie durch keine Schuld entweiht werde, damit es für ihn „eine so schöne Erinnerung" bleibe. Und als sie ihm den Gedanken eingibt, einen Selbstmord zu fingieren und ihn damit aus einem Konflikt rettet, aus dem er selbst keinen Ausweg mehr weiß, da nimmt er ihren Rat wohl an, aber anstatt nun ihren Wunsch, mit ihm und für ihn zu leben zu erfüllen und die Verantwortung für ihr Leben und Glück auf sich zu nehmen, entzieht er sich auch ihr, und weiß später überhaupt nicht einmal, was aus ihr geworden ist, wie sie ihr Schicksal trägt. Vor sich und Pjetuschkow entschuldigt er dies sein schwächliches Verhalten mit der Behauptung, es sei die einzig gute Handlung, die er auf seinem Konto habe.

Er habe ihre Liebe nicht mißbraucht, sie nicht unglücklich gemacht, weil er sie so innig liebte, und auch später noch liebt er sie nur darum so herzlich, weil er ihr angeblich immer nur Gutes, und nie Böses tat. Ob sie aber auch diese Ansichten von ihrem Glück gehabt hat, ob sie nicht etwa gerade an dieser Art Glück zugrunde gegangen ist, das spielt für ihn gar keine Rolle.

Es ist überhaupt interessant zu verfolgen, wie er immer eine Erklärung, eine Entschuldigung für sein Versagen bei allen Gelegenheiten zur Hand hat, wie er immer einen Schein von Recht behält, obwohl er seine Lumpereien zugibt, und wie er es meisterhaft versteht, bei jedem einzelnen den richtigen Ton zu treffen.

Karenin entwaffnet er und macht er mundtot mit seinem Mißtrauen und seiner Eifersucht: „Ich verstehe nur nicht, warum gerade du . . . ." und „wie merkwürdig, daß gerade du dich bemühst, uns wieder zusammenzubringen!"

Der jungen, leichtgläubigen, in ihn verliebten Sascha spielt er den Edelmütigen vor. Er weiß, daß Lisa und Karenin sich lieben, weiß, daß er das einzige Hindernis ist, daß sie sich ihre Liebe gestehen und zusammen kommen können — also wird er großmütig zurücktreten und das Hindernis beseitigen. Was ist einfacher als das? Gibt es überhaupt eine andere Lösung? Und die kleine Sascha ist „ganz hingerissen".

Dem welterfahrenen Fürsten Abreskow dagegen stellt er sich dar als den von Anfang an Getäuschten und Betrogenen. Seine Frau hat ihren Jugendfreund stets geliebt, auch damals schon, als sie ihn, den unglücklichen Fedja, heiratete; sie hat es jedoch als anständige Frau nicht gewagt sich das selber einzugestehen. Aber diese geheime Liebe hat von den ersten Tagen an wie ein Schatten über seinem Eheleben gelegen, so daß das Glück, das sie gab, ihn nicht befriedigen konnte. Und auf der Suche nach einem vollen Glück, das er ja zu Hause nicht fand, geriet er auf Abwege. An ihm hat es also nicht gelegen, daß die Ehe zerfiel; er ist nur das unglückliche Opfer, das an seinem zu großen Feingefühl und an der Liebe der beiden Anderen zugrunde geht. Und der Fürst versteht ihn vollkommen, teilt seine Auffassung und findet es nun auch eine starke Zumutung, daß er in dem Ehescheidungsprozeß alle Schuld auf sich nehmen soll.

Am ehrlichsten ist er noch dem gleich ihm verbummelten Maler Pjetuschkow gegenüber, von dessen Urteil allerdings gar nichts abhängt. Jedoch auch hier versucht er zuerst jede Schuld von sich abzuwälzen. Seine Frau war zwar eine ideale Gattin, aber doch eigentlich nicht die Richtige für ihn. Es fehlten durch ihre Schuld die Rosinen im Kuchen seiner Ehe. Es konnte zu keiner Harmonie kommen, weil seine Frau ihn etwas vermissen ließ — die Musik und das Spiel. Und erst später gesteht er ein, daß er sie nicht geliebt hat, daß er sie aus diesem Grunde gequält hat und daß er eifersüchtig war. Ihm enthüllt er auch seine Lebensphilosophie in ihrer ganzen Jämmerlichkeit, während er dem Fürsten Abreskow gegenüber noch etwas zurückhaltender ist. „Wer in den Kreisen, denen ich entstamme, geboren ist, der hat nur drei Möglichkeiten zur Auswahl. Entweder kann er ein Amt bekleiden, kann Geld verdienen und den Schmutz, in dem wir leben, vermehren. — Das war mir zuwider, oder vielleicht verstand ich es auch nicht, vor allem aber war es mir zuwider. Oder er kann diesen Schmutz bekämpfen, doch dazu muß man ein Held sein, und der bin ich nie gewesen. Oder endlich drittens: er sucht zu vergessen, wird liederlich, trinkt und singt — das habe ich getan." Das ist also seiner Weisheit letzter Schluß! Kann es etwas Armseligeres, Verzerrteres und Unreiferes geben? Mit der Arbeit hat er es wohl versucht, aber er taugte nicht dazu, fand keine Befriedigung darin. Er kann nicht im Aufsichtsrat einer Bank sitzen, kann nicht den Adelsmarschall spielen, denn das alles ist für ihn nur eine Veranlassung sich zu schämen. Genau ebenso geht es ihm mit jeder ernsten Tätigkeit. Gegen das Schämen hilft nur der Alkohol. Nicht daß er ihm besonders schmeckte, aber wenn er trinkt, dann verliert sich dieses Schamgefühl, und in der Musik — nicht in der hohen Oper oder in Beethoven, sondern in der Zigeunermusik — findet er ein Belebungsmittel, das ihm ein sonst nicht vorhandenes Kraftgefühl einflößt. „Dazu kommen dann noch ein Paar liebe, schwarze Augen und ein holdes Lächeln. Und je tiefer einen das packt, je mehr es einen anzieht — desto mehr schämt man sich dann nachträglich." So ist der Circulus vitiosus geschlossen, aus dem es kein Entrinnen mehr gibt.

Und dieser Mensch, der nichts tut als Bummeln und Lumpen, der seine Frau betrügt und ihr Geld verschwendet, der wieder und wieder sein Wort bricht, der will nun sich und die anderen glauben machen, daß sein Gewissen zu zart sei um lügen zu können! Er, durch dessen Minderwertigkeit allein diese Ehe zugrunde geht, er will sich wohl scheiden lassen, aber feierlich und formell alle Schuld auf sich zu nehmen, samt all der Lüge die damit verbunden ist, die Leute im Konsistorium zu bestechen usw., das erscheint ihm unmöglich. Derartige Gemeinheiten sind ihm im höchsten Grade zuwider. Und er weiß doch ganz genau, daß nach russischem

Gesetz eine Scheidung auf anderem Wege nicht zu erreichen ist, und daß deshalb seine Bereitwilligkeit sich scheiden zu lassen ohne jede Wirkung bleiben muß. Ach nein, nicht sein zartes Gewissen ist die Ursache seiner Weigerung, sondern seine Eifersucht und sein Haß gegen die beiden stärkeren und besseren Menschen. Wenn er auch immer wieder betont, daß er nicht eine Spur eifersüchtig sei, so liegt seine Eifersucht doch offen vor aller Augen. Qui s'excuse, s'accuse. Und schließlich gesteht er sie dem Pjetuschkow auch ein. Zu schwach um gegen seinen Nebenbuhler aktiv vorzugehen, räumt er ohne Kampf das Feld, sorgt aber durch seine rein passive Resistenz dafür, daß die endgültige Vereinigung der beiden verhindert wird. Das ist seine Rache, die armselige passive Rache eines Schwächlings, die aber um so hinterlistiger ist, weil er durch sein Lotterleben und sein Beiseitetreten die Annäherung der Beiden fördert und sie damit immer mehr in Versuchung führt. Beides sind ehrenhafte, durch und durch moralische Menschen, welche bis zuletzt gegen die Forderungen der Sinne ankämpfen werden und ihr Leben lang unter der Reue leiden müssen, wenn sie schließlich doch unterliegen sollten. Alles das weiß er genau, bleibt aber trotzdem bei seiner Weigerung, da er im Inneren die stille Hoffnung nährt, daß sie die immer wieder von ihm betonte Reinheit schließlich doch noch verlieren werden und er sich dann auch moralisch über sie stellen kann, wie er sich intellektuell weit über ihnen stehend fühlt.

Und als man ihn schließlich zu einem Entschluß drängt, als er gar nicht mehr ausweichen kann, da verfällt er auf die Idee des Selbstmordes, der zwar das Hindernis am radikalsten beseitigen, dafür aber auch das Gewissen der Beiden dauernd belasten und wie ein düsterer Schatten ewig zwischen ihnen und ihrem Glück stehen wird. Gerade das ist aber seine Absicht, denn nicht still will er aus der Welt gehen, will ihnen nicht etwa den Glauben lassen, daß es ein Unglücksfall gewesen sein könnte, der ihn dahinraffte, sondern in einem Abschiedsbrief voll versteckter Vorwürfe schiebt er ihnen die Schuld an seinem Tode zu. Ihr Wunsch zu heiraten und glücklich zu werden ist es, der ihn in den Tod treibt. Selbst der ganz vertroddelte Iwan Petrowitsch merkt diese Absicht und spricht sie aus: „Du tötest dich, damit zwei Menschen Gewissensbisse empfinden", und: „Sie wollen dich demütigen, aber du wirst ihnen zeigen wer du bist! Dich wird die Kugel töten, sie aber deine Großmut". Und als er dann auch zu schwach ist die tödliche Kugel gegen sich abzusenden, da geht er, dem es im höchsten Grade zuwider ist zu lügen, eine alberne Komödie aufzuführen und die Leute im Konsistorium zu bestechen, hin und führt die noch viel albernere Komödie eines fingierten Selbstmordes auf und läßt sich später von seinem Nebenbuhler unterhalten nur, um ruhig sein Leben vollkommensten Müßigganges und seichtesten Lebensgenusses weiterführen zu können.

Und trotz dieser Jämmerlichkeit, trotz seines völligen Versagens bei allen Gelegenheiten beseelt ihn ein innerer Hochmut sondergleichen, der ihn herabsehen läßt auf seine ganze Umgebung, denn im Grunde genommen hält er sich doch für besser, intelligenter, feiner organisiert als alle anderen. Seine Frau ist zwar eine ideale Gattin, aber ihm doch nicht recht kongenial, und Karenin ist wohl ein vortrefflicher, guter und ehrenwerter Mensch, aber auch sehr langweilig und von primitiv konservativen Ansichten erfüllt. Nach außen verbirgt er seinen geistigen Hochmut und die gottähnliche Stellung, die er sich in seinem Inneren eingeräumt hat, geschickt, indem er immer wieder mit einer gewissen liebenswürdigen und alle entwaffnenden Offenheit seine Fehler eingesteht und sich einen großen Taugenichts nennt, aber in den Momenten des Affektes läßt er die Maske fallen und zeigt durch hingeworfene Bemerkungen seine wahren Ansichten. Erst am Ende des Dramas, in der Vernehmung durch den Untersuchungsrichter, tritt seine Selbstüberhebung nackt und klar zutage. Wenn auch in dieser Szene der Kampf gegen die Korruption des Beamtentums und die Verachtung des Russen gegen den Tschinownik Tolstoi die Feder geführt haben und ihn etwas stark auftragen ließen, so paßt doch diese Überhebung des verkommenen, völlig nutzlosen Fedja über den zwar beschränkten, aber doch seinen Beruf, sein Amt ausfüllenden, positives leistenden Untersuchungsrichter so ausgezeichnet in die Charakteristik dieser Art von Psychopathen, daß man ein drastischeres Beispiel schwerlich erfinden könnte. Bei seinem Lotterleben in den tiefsten Tiefen der Menschheit sind ihm auch die letzten Hemmungen noch verlorengegangen. Wozu soll er auch noch Rücksichten nehmen? Schlechter als es ihm geht, kann es ihm ja doch nicht mehr gehen. Als er durch die Fragen des Untersuchungsrichters in die Enge getrieben sich nicht mehr zu helfen weiß, da gerät er in Affekt und enthüllt nun ein Maß von Selbstüberhebung, das direkt grotesk und lächerlich wirken würde, wenn es nicht so unendlich traurig und peinlich wäre. „Empfinden Sie nicht, wie beschämend solche Fragen sind, Herr Untersuchungsrichter? Welchen Zweck hat es, so in fremden Angelegenheiten herumzuschnüffeln?

Sie fühlen sich im Besitze der Macht und wollen sie dadurch zeigen, daß Sie Leute, die tausendmal besser und ehrenwerter sind als Sie, dieser moralischen Folter unterziehen." Untersuchungsrichter: „Ich bitte Sie . . . . ." „Was gibt es da zu bitten? Ich sage, was ich denke, und Sie . . . (zum Protokollführer) — haben es niederzuschreiben. So wird doch endlich einmal solch ein Protokoll einen vernünftigen Inhalt bekommen. Zwischen uns, die wir hier vor ihnen stehen, bestanden verwickelte Beziehungen — ein Streit des Guten mit dem Bösen, ein seelischer Kampf, von dem Sie sich keinen Begriff machen können. Dieser Kampf führte schließlich zu einer Katastrophe, die ihre Lösung fand. Alle Beteiligten waren mit dieser Lösung zufrieden, alle hatten sich beruhigt. Sie sind glücklich, sie lieben einander — und haben mich vergessen. Und ich war bei all meiner Verkommenheit darüber glücklich, daß ich getan, was ich sollte, daß ich kein Schurke war, daß ich aus dem Leben geschieden war, um denen nicht im Wege zu stehen, die voll des Lebens waren. Wir lebten alle drei weiter — bis plötzlich ein Schurke auf der Bildfläche erscheint, der mich zum Erpresser machen will. Ich heiße ihn seiner Wege gehen — und er geht zu Ihnen, dem Kämpfer für Recht und Gesetz, dem Hüter der Moral. Und Sie, der Sie an jedem Zwanzigsten des Monats Ihr Gehalt bekommen — zwanzig Kopeken für jede begangene Gemeinheit — Sie werfen sich in Ihre Uniform und haben den Mut sich über Leute, denen Sie nicht das Wasser reichen können, die Sie nicht einmal in ihr Vorzimmer einlassen würden, leichten Herzens lustig zu machen . . . . ."

Und als es dann wirklich Ernst wird, als er merkt, daß weder schöne Redensarten noch sonst etwas helfen, da versagt er ganz und gar und vermag nicht einmal mehr passiv der Situation gerecht zu werden. Er unterbricht wiederholt den Staatsanwalt und die Advokaten, ist aufgeregt, gereizt, zittert förmlich am ganzen Leibe. „Dumm — fade — langweilig — sinnlos", das ist seine einzige Kritik der ganzen Gerichtsverhandlung. Nichts wird er mehr sagen, auch nicht ein Wort! Und als er von seinem Verteidiger hört, daß, wie auch das Urteil ausfallen mag, seine Ehe mit Lisa auf jeden Fall bestehn bleibt, daß man ihn wieder an diese Frau ketten will, da findet er endlich die Kraft die tötende Kugel sich in das Herz zu senden und damit sich vor einer Wiederholung aller jener Konflikte zu bewahren.

Das Spielen mit dem Selbstmord gehört ja auch zu den Eigenschaften dieser Psychopathen; aber nur selten kommt es zur Ausführung, obwohl häufig die umfassendsten und genauesten Vorbereitungen gemacht, Abschiedsbriefe geschrieben und letztwillige Verfügungen getroffen werden. Gelingt der Selbstmord wirklich einmal, dann war es meist ein unglücklicher Zufall, oder er geschah in der Erregung des Affektes, wie wir es hier bei Feodor Wassiljewitsch Protassow sehen.

So endet mit einem Anschein von tragischer Größe ein Leben, das doch sonst durchaus der Größe entbehrt hat, das infolge einer mangelhaften, minderwertigen Anlage von Anfang an verurteilt war in allen seinen Unternehmungen zu scheitern und über alle, die mit ihm in Berührung kamen, Unglück und Elend zu bringen. Hier ist der Tod nicht die sühnende Strafe für eine Schuld, sondern die Erlösung aus einem Konflikte, der andauern mußte, solange das Leben währte, und für den es keine andere Lösung gab. Niemand kann aus seiner Haut heraus und weder Erziehung und Behandlung vermögen den Defekt einer derartigen Anlage auszufüllen. Und das ist das tragische Moment in dem Haltlosen und macht ihn geeignet zum Gegenstand dramatischen Schaffens, daß er von der Natur als ein defekter, zum Kampf unbrauchbarer Mensch gebildet und dennoch in den Kampf des Lebens hineingestoßen wird, in dem er sicher unterliegen muß. Grauen mag uns erfassen vor dieser Grausamkeit und bei dem Gedanken an all das Elend, das daraus entspringt. Dem Unglücklichen selbst aber können wir unser Mitleid und unser Verzeihen nicht vorenthalten.

Die Beziehungen zwischen Gicht und Nervenkrankheiten.

Neurologisch-internistische Abhandlung von Dr. med. **Ratner**, Arzt in Wiesbaden.

Die Zeiten, da die Gicht in den Lehrbüchern oder klinischen Vorlesungen als „Podagra" oder „Chiragra" charakterisiert wurde mit dem obligaten, schmerzhaften Anfall und der Anschwellung der großen Zehe, sind wohl vorüber. Wir wissen seit den neuesten Forschungen, daß die Gicht ebenso häufig oder vielleicht noch häufiger in mannigfachen anderen Formen sich manifestieren kann.

Ebenso steht es fest, daß dieselbe nicht ausschließlich die Krankheit der „Schlemmer" und „Alkoholfreunde" ist oder gar der „Wohlhabenden"!

Der gewöhnliche, darbende Arbeiter kann ebenso gut wie der in Saus und Braus lebende Magnat daran erkranken, der „Mäßige" wie der „Prasser". Und schon darin hat die Gicht Ähnlichkeit mit den Nervenkrankheiten, daß sie nicht das ausschließliche Vorrecht irgendeiner Gesellschaftsschicht bildet. Der alternde Fürst oder Förster mit der „Alkoholnase" und dem „Zipperlein", welche, bei einem Glas rheinischen Malvasiers sitzend. in Schmerzen ihrer Jugendsünden gedenken. gehören nunmehr in das Gebiet der Operette!

Die Gicht ist eine Stoffwechselkrankheit, welche den „Philister" wie den „Lebemann" befallen kann. Das steht fest. Die Harnsäure, welche als Vorstufe beim Abbau der Eiweißstoffe, speziell der Nukleine, entsteht, wird, statt weiter abgebaut oder ausgeschieden zu werden, im Körper retiniert und verursacht das vielgestaltige Leiden. Bald äußern sich die Symptome als sichtbare Ablagerungen in den Gelenken, bald in Knoten an den Fingern, Zehen, Händen und Füßen. Bald aber sind es vage Schmerzen, Kopfschmerzen, rheumatoide Gliederschmerzen, Rückenschmerzen oder ischiadische Plagegeister, welche die davon Befallenen quälen und beunruhigen. Ebenso wie die „Neurosen" durch den ganzen Körper wandern und kein Glied verschonen können, ebenso stellt die Gicht eine vielköpfige Hydra von Leiden dar, welche anzeigen, daß irgendwo ein belästigender Fremdkörper — die überschüssige Harnsäure — mit dem Blut zirkuliert und bald hier, bald dort Störungen mannigfacher Art verursacht. Also wieder eine täuschende Ähnlichkeit der Gicht mit den „anorganischen" Nervenleiden! Und daher auch die häufige Verwechslung der beiden. Was bei oberflächlicher Untersuchung als Neurasthenie diagnostiziert wird, entpuppt sich manchmal bei genauer Prüfung durch kundige Hand als „Gicht" und umgekehrt. Die sog. „larvierte" Gicht, welche Ebstein zuerst beschrieb, kommt häufiger, als man glaubt, vor. Nur muß man sie richtig erkennen können. Die häufigen ischiadischen Leiden sind der eklatanteste Beweis dafür, weil sie meist gichtischen Ursprungs sind, ohne daß sonstwie „klassische" Symptome der Gicht wie sichtbare Ablagerungen oder Knoten an der Ohrmuschel zu finden wären. Aber auch manche Neuralgien in anderen Nervengebieten, wie des Trigeminus oder Fazialis, stellen häufig nichts anderes als Äußerungen der Gicht dar, nach deren Beseitigung sie spurlos verschwinden. Wie manche hartnäckige Akne oder Furunkulosis, welche jeder sonstigen Therapie trotzen, sind gichtischen Ursprungs. Zu den seltneren Formen der Gicht gehören, ebenso wie bei der Neurasthenie, das Ausfallen und frühzeitige Ergrauen der Haare, das Wackeln und Ausfallen gesunder Zähne, sowie, nach meiner Überzeugung, die Otosklerose, die Crux der Otiater. Die sogen. Episcleritis urica der Augen ist ja schon längst erkannt! Es gibt auch einen chronischen Gichtschnupfen, ebenso wie an der Existenz eines gichtischen Asthma nicht zu zweifeln ist. Viele Magen- und Darmkatarrhe können ebensowie nervöse, gichtischen Ursprungs sein, Herzneurosen, Arrhythmien, Bradykardien können durch Gicht ebenso wie durch Neurasthenie entstehen. Eine gichtische Albuminurie (sie braucht gar nicht als Anfang der Schrumpfniere gedeutet zu werden, wie es in den Lehrbüchern vielfach heißt) gibt es ebenso wie eine neurotische.[1]) Kurz, die Symptome der Gicht verflechten sich geradezu mit denen der anorganischen Nervenleiden und sind manchmal schwer von denselben zu trennen. Nach unserer in dieser Zeitschrift sowie anderweitig an vielfachen Stellen[2]) dargelegten Theorie der anorganischen Nervenkrankheiten läßt es sich ja leicht erklären. Hier — bei den Neurosen — das nicht „homolog" bei der Verdauung gemachte Eiweißmolekül, dort — bei der Gicht — die Harnsäure als nicht weiter abgebautes Zwischenprodukt des intermediären Stoffwechsels, zirkulieren beide im Körper, im Blute und können daher die gleichen Störungen hervorrufen.

Die Differentialdiagnose kann — aber nicht immer — durch Nachweis von vermehrter Harnsäure im Harn gemacht verden, am besten aber durch Nachweis derselben im Blute.

Was die Therapie der hier besprochenen gichtischen Erscheinungen anbelangt, so stimmt sie darin auch mit der von mir[3]) bei den Neurosen angegebenen ganz überein, sie besteht nämlich außer der entsprechend eiweißarmen Diät in dem Bestreben, durch Gebrauch diuretischer Wässer, am besten Kochsalzwässer, sowie heißer Umschläge und Packungen, zuweilen Schwitzbäder, wenn das Herz kräftig, eine Ausscheidung der Noxe hervorzurufen.

---

[1]) Siehe meine Arbeit in dieser Zeitschrift Nr. 34. Jahrg. 1912/13, Über neurotische Albuminurie.

[2]) Siehe diese Zeitschr. Jahrgang 1912/13, Nr. 28, 34, 35, 48; ebenso Ärztliche Rundschau (München) Nr. 19, Jahrgang XXIII.

[3]) In oben zit. Arbeit.

Ich habe somit gezeigt, wie eng verwandt die Gicht mit den Nervenkrankheiten ist, wie beide in ihren Symptomen, ihrer Entstehung und der Therapie übereinstimmen und wie leicht beide in einander übergehen können, was wiederum für meine Theorie der Entstehung der Neurosen spricht.

Referate.

— Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse. Herausgegeben von Prof. Dr. S. Freud. 1. Jahrg. 1913, Heft 1. Leipzig u. Wien. Hugo Heller.

Eine Arbeit „Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse" von Freud gibt einige Richtlinien bezüglich Auswahl der Fälle, bezüglich Zeit („Stundenmiete") und Geld. Ich stimme hier nach den in der Literatur niedergelegten Erzeugnissen der Freudschen Methode mit Kraepelin überein, daß die Psychoanalyse namentlich in Rücksicht auf ihre sexuellen Auswüchse in vielen Fällen eine Gefahr für das Publikum ist, vor welcher gewarnt werden muß.

Prof. Ernest Jones kommt in seiner Arbeit „Die Beziehungen zwischen Angstneurose und Angsthysterie" zu folgenden Schlüssen: Alle Angst entspringt einem Mangel an Befriedigung der Libido; psychische Faktoren spielen hierbei eine größere Rolle als physische; die Angstneurose ist nur ein Symptom der Angsthysterie, die der weitere Begriff ist.

Zu ähnlichen Anschauungen über die Angst gelangt Seif in seinem Aufsatz „Zur Psychopathologie der Angst". Auch nach ihm entspringt jede pathologische Angst einer ungenügenden Befriedigung oder Entladung sexueller Erregungen; die Angst ist das Notventil von abnorm starker Intensität; körperliche Momente spielen eine geringere Rolle als psychosexuelle. Der Angstneurose ist ein femininer, masochistischer Zug zu eigen im Gegensatz zur männlichen, aggressiven Zwangsneurose.

Die Arbeit von Paul Federn: „Beiträge zur Analyse des Sadismus und Masochismus" eignet sich nicht für ein kurzes Referat, ebenso nicht die folgende von Dr. Otto Rank: „Die Matrone von Ephesus". Hitschmann schildert in „Gesteigertes Triebsleben und Zwangsneurose bei einem Kinde" die genannten Symptome bei einem Kinde, das später (mit 13 Jahren) an Zwangserscheinungen erkrankt.

Außerdem enthält der vorliegende Band kleinere Beiträge „Aus dem infantilen Seelenleben" von Oberholzer, Lorenz, Friedjung und Beiträge zur Traumdeutung von Freud, Gincburg und Sachs.

Albrecht-Treptow.

— Togami, Dr. K., Ein Beitrag zur Lehre vom Stoffwechsel bei Psychosen. I. Mitteilung: Stimmung und Magenverdauung. Aus dem Laboratorium der psychiatrischen Klinik der Universität Kiushu, Japan (Vorstand: Prof. Y. Sakaki). Zeitschrift für Experimentelle Pathologie und Therapie, 14. Band. Berlin 1913. Verlag von August Hirschwald.

Verfasser kommt auf Grund seiner Untersuchungen an 32 Kranken zu folgenden Schlüssen:

1. Bei Katatonie ist die Azidität ziemlich großen Schwankungen unterworfen, in der überwiegenden Zahl der Fälle zeigt aber die Azidität normale oder vermehrte Zahlen. Katatoniker mit starker Depression oder tiefem Stupor weisen immer vermehrte Säurezahlen auf; trotzdem ließ sich eine Verminderung der Pepsinsekretion in allen diesen Fällen feststellen.

2. Die Abscheidungen sowohl der Säure wie des Pepsins erfolgt bei Manie in manchen Fällen ungefähr in physiologischen Verhältnissen. Doch zeigt einer unserer Fälle erhöhte Azidität, während die Pepsinabsonderung subnormal bleibt.

3. Bei Melancholie zeigt die Azidität in der Regel erhöhte Zahlen, der Pepsinwert dagegen erhebliche Verminderung. Bei Stupor ließ sich die totale Aufhebung der Pepsinabsonderung nachweisen, ohne Verminderung der Azidität.

4. Die Aziditäten- und die Pepsinwerte zeigen bei Dementia paralytica die normalen Zahlen. Ein stuporöser Fall zeigt eine ausgesprochene Verminderung beider Zahlen.

5. Bei Hebephrenie und heboidophrenischen Krankheiten ist der Säurewert nicht vermindert, die Pepsinabscheidung aber immer deutlich herabgesetzt.

6. Die psychischen Zustände, vor allem Affektzustände, üben einen gewaltigen Einfluß auf die Pepsinausscheidung aus. Depression und Stupor bei allen Krankheitsformen hemmen dieselbe erheblich.

7. Depression und Stupor hemmen die Salzsäuresekretion nicht, sondern befördern in der Regel dieselbe.

8. Starke Depression bewirkt graduell die Verminderung bis totale Hemmung der Pepsinsekretion, aber im Gegenteil die Beförderung der Salzsäuresekretion.

9. Zornaffekt hat eine starke Vermehrung der Pepsin- und Salzsekretion zur Folge. Manische Kranke zeigen höhere Zahlen der Aziditäts- und der Pepsinwerte, wenn die Aufregung stark entwickelt ist. Die beiden Zahlen sind auch bei zirkulärem Irresein in den manischen Phasen (überwiegend bei Zornaffekt) höher als im Intervall.

10. Der Appetit ist keineswegs der einzige Erreger des Magensaftes, wenigstens bei Psychosen und Neurosen. Trotz Heißhunger und enormer Gefräßigkeit können Apepsie und Subazidität zu Stande kommen.

11. Die Sekretion der Salzsäure und des Pepsins scheint uns ganz unabhängig von einander zu erfolgen. Die Azidität des Magensaftes gibt bei Geisteskranken keinen Maßstab für die Störung der Pepsinabscheidung

12. Die Absonderung des Pepsins steht mit den psy-

chischen Vorgängen in innigster Beziehung, während die Sekretion der Salzsäure, unabhängig von den psychischen Vorgängen, vor allem von Stimmungslage oder Appetit, hinreichend erfolgen kann.

Über die Methodik und die interessanten Einzelheiten muß das Original nachgelesen werden.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Leipzig-Dösen.** Dem 1. Oberarzte der Anstalt Leipzig-Dösen Dr. Dehio ist vom 1. XII. 1913 an die Stelle des Direktors der Anstalt Colditz übertragen und der Titel Medizinalrat verliehen worden. (Die anderweitige diesbezügliche Mitteilung in voriger Nummer war irrig.) In seine Stelle rückt der Oberarzt Dr. Hellmut Müller in Leipzig-Dösen auf.

— **Friedrichsberg bei Hamburg.** Dr. med. Walter Laenge ist als Volontärarzt und Dr. med. Christoph Johannes Brennecke als Assistenzarzt in den Dienst der Anstalt getreten.

— **Hessen (Reg.-Bez.).** Ernannt: Der Assistenzarzt Dr. med. Mannel am Landkrankenhause zu Fulda zum Abteilungsarzt, der Assistenzarzt Anhalt am Landeshospital zu Merxhausen zum Abteilungsarzt, der Erste Assistent an der Königlich chirurgischen Universitätsklinik in Göttingen, Dr. med. Bode zum Abteilungsarzt am Landkrankenhause zu Cassel. Ausgeschieden: Der Abteilungsarzt am Landkrankenhause zu Cassel Dr. med. Linkenheld.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 29. 18. Oktober **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Die körperlichen Störungen bei der Dementia praecox. Von Dr. Johann Michel, Bayreuth. (S. 343.) — Mitteilungen (S. 349): Errichtung einer Abteilung für geisteskranke Gefangene bei dem Zuchthause Straubing. Mitgliederversammlung des Hilfsvereins für entlassene Geisteskranke in Baden. Vorkommen von lebenden Spirochäten bei Paralysis progressiva. — Referate (S. 350). — Therapeutisches (S. 351.)

Die körperlichen Störungen bei der Dementia praecox.[1])

Von Dr. **Johann Michel,** Hilfsarzt an der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt zu Bayreuth.

Seitdem Kraepelin das Krankheitsbild der Dementia praecox geschaffen hat, ist eine Unsumme von Arbeit darauf verwendet worden, dasselbe in seinen Formen weiter zu klären, differentialdiagnostisch gegenüber andern Krankheitsbildern zu begrenzen, seine Prognose festzustellen. Nicht minder groß waren die Bemühungen, die Ursachen dieser Krankheit zu ergründen. Zu diesem Zwecke wurde einerseits eine Reihe von pathologisch-anatomischen Studien vorgenommen, welche bis jetzt zu zahlreichen Resultaten geführt haben, insbesondere sofern sie die feineren Veränderungen im Gehirn betreffen. Andererseits suchte man der Sache klinisch näher zu treten, indem man nach körperlichen Symptomen fahndete, um so eine sichere Basis ähnlich wie bei der progressiven Paralyse zu erhalten. Es ist dies zwar noch nicht in der Weise wie bei der eben genannten Krankheit gelungen; immerhin ist bis jetzt eine solche Reihe von körperlichen Befunden erhoben worden, daß es sich wohl lohnen dürfte auf dieselben näher einzugehen.

Über die Häufigkeit von körperlichen Symptomen bei der Dementia praecox gehen die Ansichten der einzelnen Autoren in manchen Punkten sehr auseinander. Die Ursache hiefür haben wir in verschiedenen Umständen zu suchen. Einmal ist schon das Material der einzelnen Untersucher ein verschiedenes, indem die einen die frischen Fälle in den Kliniken, die andern die im Laufe der Jahre angesammelten alten Fälle in den Anstalten verwenden; weiterhin ist auch die Umgrenzung des Krankheitsbildes noch keine ganz einheitliche. Schließlich ist auch noch der großen individuellen Verschiedenheiten bei Ausführung der Untersuchungen und bei der Entscheidung, ob ein Befund als positiv oder negativ oder als zweifelhaft zu betrachten ist, zu gedenken. Letzteres kommt vor allem bei den schwierigeren Untersuchungen in Frage. — Ich wollte dies vorweg nehmen, um im Folgenden nicht immer wieder darauf zurückkommen zu müssen.

Im allgemeinen kann man wohl mit Deroubaix annehmen, daß sich körperliche Störungen in ³/₄ der Fälle von Dementia praecox vorfinden; einzelne Symptome sind häufiger, andere weniger häufig. Mit dem Fortschreiten der Erkrankung scheinen sie zuzunehmen; es ist dies jedoch keine allgemeine Regel, wie wir z. B. bei den Störungen am Gefäßsystem sehen werden. Die Krankheitsform scheint nur bei einzelnen Symptomen von Bedeutung zu sein.

Über den Körperbau der Schizophrenen hat Lugiato an 24 Kranken Untersuchungen und anthropologische Messungen angestellt. Er fand geringe Abweichungen in den durchschnittlichen Körpermaßen; so war die Spannweite der Arme größer als die Körperlänge; Brustumfang, Höhe des Abdomens und Abstand der Spinae iliacae ant. fand er zu groß, die Brustbeinhöhe dagegen zu klein. Bei der geringen Zahl von untersuchten Kranken scheint diesen Feststellungen keine größere Bedeutung zuzukommen.

Körperliche Mißbildungen sollen sich nach Saitz in 74% der Fälle finden. Lukács fand bei 43 erblich belasteten Kranken 7mal schwere, 27mal leichtere, 9 mal keine Degenerationszeichen. Bei 37 nicht Belasteten waren ausgeprägte Degenerationszeichen nur 1 mal, leichtere 26 mal vorhanden. Sie bestehen in Zurückbleiben im Wachstum, Verbildungen des Schädels, der Ohren, des Gaumens, der Zehen und Finger, in mangelhafter Zahnbildung, abnormem Haarwuchs u. drgl. Bleuler glaubt, daß die Schizophrenen in Bezug auf Miß-

[1]) Diese Arbeit ist der Med. Fakultät der Universität Erlangen als Dissertation vorgelegt worden.

bildungen die Mitte halten zwischen Imbezillen und normal veranlagten Menschen.

Störungen an den Augen.

Über die Weite der Pupillen sagt schon Kraepelin, daß er bei Katatonie oft auffallende Dilatation gesehen habe, namentlich in Erregungszuständen. — Als Normalwert für die Pupillenweite wird von Weiler bei künstlicher Beleuchtung 5,2 mm, von Wassermeyer bei Tageslicht 3—3,5 mm angegeben, während der Durchschnittswert des Pupillendurchmessers bei der Dementia praecox 6,1 mm, nach Bumke 6,5 mm beträgt. Letzterer sah selten weniger als 5,5 mm, zweimal sogar 9 mm Weite; die weitesten Pupillen besitzen nach ihm die gespannten Katatoniker. Übrigens ist rascher Wechsel der Pupillenweite bei gleichen äußeren Verhältnissen nichts Seltenes, wobei gleichzeitig die Lichtreaktion sich ändern kann. So z. B. hatte ein Kranker von Bleuler bei der Aufnahme enge, fast reaktionslose Pupillen, während dieselben schon nach 10 Minuten sehr weit waren und normal reagierten. In einem weiteren Falle beobachtete Bleuler über eine Stunde lang weite reaktionslose Pupillen, während der Kranke von seinen paranoiden Ideen sprach. — Weiler führt die abnorme Weite der Pupillen zurück auf eine durch den Krankheitsvorgang bewirkte Steigerung jener Rindenerregungen, welche den Sphinktertonus hemmen. Meyer, welcher Mydriasis in 10%, stärkere Miosis nicht einmal in 1% seiner Fälle fand, konnte nur bei $^1/_5$ seiner Patienten Angst als Ursache der abnormen Weite in Betracht ziehen, während er bei der Mehrzahl seiner Fälle dieses Moment ausschließen konnte. Um sog. Angstpupillen scheint es sich also hier nicht zu handeln.

Nicht selten ist Pupillendifferenz. Meyer fand sie bei 14%, Zablocka bei 10%, Raecke bei 18% der untersuchten Fälle. Meistens ist sie nicht hochgradig; eine stärkere Differenz als 2 mm hat Bumke unter 200 Fällen nur dreimal nachweisen können. — Verschiedene Autoren machen übrigens darauf aufmerksam, daß Pupillendifferenz, mitunter sogar in beträchtlichem Grade, auch bei Gesunden vorkommt, besonders bei jungen Mädchen. — Die Anisokorie bei Dementia praecox muß keine dauernde sein. Sie kann sowohl in ihrem Grade wechseln als auch kann bald die rechte, bald die linke Pupille die weitere sein. Die Umkehr kann sich in wenigen Stunden vollziehen; Fuchs spricht sogar von „springender Pupillendifferenz".

In ihrer Form sind die Pupillen vielfach verzogen, mitunter excentrisch. Piltz sah vorübergehende bezw. wechselnde oder springende Unregelmäßigkeiten des Pupillenrandes bei Katatonie. Eigentümliche Bilder entwickeln sich bei der katatonischen Pupillenstarre, über welche wir später hören werden.

Von den Bewegungen der Pupillen wollen wir zunächst diejenigen ins Auge fassen, welche bei Veränderungen der Lichtintensität eintreten. Blin will in 13,8% seiner Fälle reflektorische Pupillenstarre gesehen haben; ähnliche Resultate berichten Dide und Assicot, Tyson und Clark. Bumke glaubt, daß es sich hier teils um katatonische Zustandsbilder bei Syphilitischen, teils um Fehldiagnosen handelt, wenn auch vereinzelte Fälle von reflektorischer Pupillenstarre bei Dementia praecox vorkommen mögen. Anders verhält es sich mit der Trägheit der Lichtreaktion. Meyer fand sie bei mehr als 10%, Zablocka bei 13% der Schizophrenen. Die Pupillenträgheit ist oft nicht konstant; sie kann vielmehr mit prompter Lichtreaktion wechseln. Zwei derartige Fälle sind oben erwähnt. — Was den Ablauf des Lichtreflexes betrifft, so sagt Bumke es habe ihm den Eindruck gemacht, als ob bei Katatonie die Pupillenverengerung stürmischer und schneller einträte und rascher wieder ausgeglichen würde. Die Reaktionsbreite wird von Weiler bei Gesunden mit 1,7 mm, bei Schizophrenen mit 1,4 mm angegeben. — Bezüglich der „sekundären" Lichtreaktion, d. h. der weiteren Verengerung einer belichteten Pupille bei Belichtung des anderen Auges mit gleicher Lichtstärke, findet sich nach Weiler bei Dementia praecox keine Abweichung. — Selten findet sich die von Westphal angegebene „paradoxe" Lichtreaktion, d. h. die Erweiterung der Pupillen bei Lichteinfall. Dieselbe ist zwar mehr ein Symptom für die metaluetischen Erkrankungen, wurde jedoch von Westphal auch in zwei Fällen von Katatonie gesehen. Desgleichen beschreibt Meyer einen Fall, in welchem bei Belichtung der Pupillen Erweiterung derselben mit nachfolgender Lichtstarre eintrat. — Die bei intensiver Belichtung auftretende starke Erweiterung kann von einer starken Verengerung gefolgt sein; dieser können noch weitere Schwankungen folgen. In einem Falle von Westphal wurde die vollkommene Reaktionslosigkeit der Pupillen mitunter plötzlich durch mehrere Kontraktionen bei wiederholter Belichtung unterbrochen.

Die akkomodative Verengerung der Pupillen soll nach Blin öfters aufgehoben sein, nach Dide und Assicot sogar bei erhaltener Lichtreaktion. Von anderen Autoren konnten diese Angaben bis jetzt nicht bestätigt werden.

Die Lidschlußreaktion (= Verengerung der Pu-

pille des gleichen Auges bei intendiertem Lid-(schluß), welche nach Westphal fast nur bei lichtstarren oder träg reagierenden, nicht verengten Pupillen sich finden soll, nach anderen Autoren jedoch auch bei Gesunden vorkommt, ist nach Piltz in 48% der Fälle von Dementia praecox nachweisbar. Nach Bumke ist die beim Lidschluß eintretende Pupillenverengerung bei Katatonie stärker als bei Gesunden, mitunter 2—3 mm. — Eine von Piltz angegebene Reaktion, welche darin besteht, daß der zu Untersuchende die Augen fest schließt und sie wieder öffnet, wobei die vorher mittelweiten bis weiten Pupillen sich verengern, soll nach des genannten Autors Angaben bei Gesunden nur in 4% der Fälle, bei Katatonie 7 mal häufiger zu finden sein.

Sehr eingehend ist bei der Dementia praecox das Verhalten der Pupillenunruhe und der Psychoreflexe studiert worden. Zu letzteren möchte ich einige Worte bemerken. — Bei jedem psychischen Geschehen, sei es nun einfache Zuleitung von peripheren Reizen (Schreck, Schmerz) oder seien es Willensimpulse, Vorstellungen, physische Anstrengung (Muskelarbeit) Affekte (Angst) tritt Pupillenerweiterung ein. Diese soll besonders stark sein bei Vorstellung von dunklen Gegenständen, während bei Vorstellung eines hellen Gegenstandes nach den einen Autoren Pupillenverengerung eintreten soll, während andere auch in diesem Falle nur Erweiterung gesehen haben.

Über die Häufigkeit des Vorhandenseins bezw. Fehlens der Psychoreflexe bei der Dementia praecox möge folgende Tabelle eine Übersicht geben:

Zu dieser Tabelle ist zu bemerken, daß sowohl das Material als auch die Untersuchungsmethoden der einzelnen Autoren differierten; diese Tatsache muß bei Bewertung der Zahlenangaben berücksichtigt werden.

Über das zeitliche Auftreten der „Psychoreaktion" läßt sich Bestimmtes nicht aussagen; häufig geht sie den andern Krankheitssymptomen voraus. Sie kann aber auch erst im Laufe der Erkrankung zum Vorschein kommen. So konnte Bumke 15 Fälle beobachten, bei welchen die Psychoreflexe im Beginn der Erkrankung noch vorhanden waren und im weiteren Verlaufe derselben in dem gleichen Tempo schwanden, in welchem die psychische Erkrankung vorwärtsschritt. Bei verblödeten Katatonikern vermißte er sie auf der Höhe der Erkrankung so gut wie immer. Die Schmerzreaktion war bei Dementia praecox nur in $^1/_3$ der Fälle, bei Katatonie in 25% u. zw. nur bei Anwendung starker Reize (Stich in das Nasenseptum) auslösbar; bei letzterer war die Reaktion auch dann nur schwach und nur im Beginn der Erkrankung oder bei Remission vorhanden. Die Pupillenunruhe fehlte stets, sobald ein gewisser Grad von psychischer Schwäche eingetreten war, immer bei Katatonikern. Was die zeitliche Aufeinanderfolge des Schwindens der einzelnen Reflexe betrifft, so konnte festgestellt werden, daß zuerst die Pupillenunruhe, dann die Vorstellungs- und Aufmerksamkeitsreflexe, schließlich die Pupillenerweiterung auf schmerzhafte Reize verloren gehen. Wiederkehr der einmal verlorenen Reflexe hat weder Bumke noch Hübner beobachtet, auch nicht in Remissi-

Autor	Zahl der Fälle	+ %	— %	Zweifelh. od. abgeschwächt %	Bemerkungen
Bumke	200	40	60	—	60 Hebephrene, 130 Katatoniker, 10 Paranoide. Bei verblödeten Katatonikern in 100% negativ. Schmerzreaktion in 66% negativ.
Hübner	236	8	75	17	
Sioli	48	8	92	—	13 Hebephrene, 17 Katatoniker, 10 verblödete und 8 nicht verblödete Paranoide.
Wassermeyer	—	85	15	—	Untersuchung bei Tageslicht!
Pförtner, frische Fälle	28	57	43	—	Beobachtung mit bloßem Auge, ohne Westiensche Lupe
Pförtner, alte Fälle	40	45	—	37,5	
Weiler	126	26	40	34	35 Hebephrene, 79 Katatoniker, 12 Paranoide. Frische Fälle!
Weiler	—	55	9	36	Angaben in Bezug auf Schreckreaktion.
Weiler	—	52	13	35	„ „ „ „ Reaktion bei geistiger Arbeit.
Weiler	—	44	36	20	„ „ „ „ „ „ sensiblen Reizen.

onen bezw. Heilungen. Auf die Erklärungsversuche für die angegebenen Symptome näher einzugehen würde uns zu weit führen, zumal hierüber nur Vermutungen aufgestellt werden können.

Ein relativ seltenes Symptom hat zuerst Westphal in Form der katatonischen Pupillenstarre beschrieben. Diese besteht in absoluter Starre der Pupillen (auch die Konvergenzreaktion fehlt) und findet sich meist nur bei schweren protrahierten Fällen von Katatonie, seltener auch bei frischeren Erkrankungen. Fast in allen Fällen ließen sich wenigstens zeitweise Muskelspannungen nachweisen, doch können die Störungen auch nach Aufhören des Stupors noch längere Zeit anhalten; auch kann die Pupillenstarre den ersten psychomotorischen Symptomen vorangehen. — Das Westphalsche Symptom tritt flüchtig auf; die Pupillen sind dabei meist stark erweitert oder — bei Konvergenz der Bulbi und Akkomodationskrampf — stark verengt. Die Pupillen können dabei stark verzogen sein; sie können die Form eines vertikal, horizontal oder schräg gestellten Spaltes, eines Tropfens annehmen, können leichte Ausziehungen und Ausbuchtungen des Randes aufweisen, wobei niemals scharfe Ecken entstehen. Die Störungen können einseitig stärker sein; es kann auch die runde Form mit andern, z. B. ovalen Formen wechseln. Die Intensität der Muskelspannung und die Stärke der Pupillenstörung gehen häufig Hand in Hand. Nicht immer ist bei Formveränderung der Pupillen auch Lichtstarre vorhanden; die Lichtreaktion kann vielmehr bei verzogenen Pupillen gut, anderseits bei kreisrunden Pupillen schlecht sein. Häufig treten katatonische Erscheinungen an den Pupillen erst nach wiederholter Belichtung auf. — Wie bereits erwähnt ist die katatonische Pupillenstarre relativ selten. Westphal hat bis 1909 18 Fälle beobachtet; Knapp, Hübner, Sioli, Winter, Raecke, Meyer haben sie ebenfalls widerholt gesehen. Letzterer hat 4 Fälle mitgeteilt, bei denen bei Druck auf die Iliakalpunkte die Pupillen sich maximal erweiterten und starr wurden, um beim Nachlassen des Drukkes sich wieder zu verengern und in normaler Weise zu reagieren. Er glaubt, daß es sich hier nicht um einen Zusammenhang mit den Psychoreflexen, sondern um etwas Ähnliches handelt wie bei den Pupillenstörungen, die bei der hysterischen Ovarie zu finden sind. — Sioli macht darauf aufmerksam, daß nach Schwinden des Stupors durch starke willkürliche Muskelkontraktion sich ähnliche Erscheinungen an den Pupillen hervorrufen lassen. — Raecke erwähnt 2 Fälle von Katatonie, in welchen die Pupillen stark erweitert waren und auf Licht gar nicht reagierten; sobald aber der Kranke seine Aufmerksamkeit auf die Untersuchung lenkte oder das Licht auch nur einmal flüchtig fixierte, war in den nächsten Minuten die Lichtreaktion beliebig oft auszulösen.

Die sog. myotonische Pupillenreaktion, d. h. eine längerdauernde Miosis bei einmaliger Belichtung, hat Westphal in einem Falle beobachtet; auch von Winter sind zwei derartige Fälle beschrieben worden.

Bei chemischen Reizen, bei Einwirkung von Atropin, Homotropin, Pilokarpin, Eserin und Kokain, hat Bumke bei den Schizophrenen ein vom normalen abweichendes Verhalten nicht feststellen können.

Gegenüber den Störungen an den Pupillen kommen die anderen an den Augen zu beobachtenden Erscheinungen wenig in Betracht; der Vollständigkeit halber mögen sie hier besprochen werden.

Bei der Prüfung der galvanischen Reflexempfindlichkeit des Auges sollen nach Bumke die kleinsten wirksamen Reize durchschnittlich sehr niedrig liegen, ohne daß sich hierfür bei der Dementia praecox eine Gesetzmäßigkeit hätte finden lassen.

Fuchs stellte in zwei Fällen von Katatonie eine Erscheinung fest, die er als „Torpidität der Netzhaut" bezeichnet. Er fand, daß die betreffenden Patienten auch bei wiederholter Belichtung des Auges nicht aus dem Schlafe aufwachten, während dies schon bei den geringsten Geräuschen der Fall war.

Am Augenhintergrund sind von Tyson und Clark fast immer nervöse Hyperämie der ganzen Pupille oder der nasalen Seite derselben, seltener Abblassung bei verengten Gefäßen, einigemale echte Neuritis optica gesehen worden. Auch Dide und Assicot fanden nervöse Hyperämie, während Pförtner nur leichte Veränderungen konstatieren konnte. — Über angeborene Anomalien des Augenhintergrundes äußert sich Wintersteiner in der Weise, daß bei Psychosen, die auf hereditärer Grundlage beruhen, sich solche Abweichungen doppelt so häufig finden wie normale Befunde.

Klien beobachtete auf psychischer Grundlage beruhende Gesichtsfeldeinengung; Pförtner hält scheinbar konzentrische Gesichtsfeldeinengungen für eine Folge von Unaufmerksamkeit, da sie sich bei wiederholter Untersuchung als nicht konstant erwiesen.

Störungen am Gefäßsystem.

Bei den Störungen am Gefäßsystem ist zunächst das Verhalten des Herzens zu berücksichtigen. Dieses zeigt Veränderungen vor allem in der Rasch-

heit seiner Aktion. So hat Raecke in 32,5% seiner zahlreichen Fälle eine Pulsbeschleunigung auf 100—120 Schläge, in 29% eine Verlangsamung auf 40—60 Schläge nachweisen können. Plötzlicher Wechsel in der Pulszahl ohne erkennbare Ursache, bei vollkommener körperlicher und psychischer Ruhe und normaler Temperatur sind nichts Seltenes. Starke Pulsverlangsamung findet sich besonders im Stupor. Nach Weber ist die Pulsfrequenz bei der Dementia praecox im allgemeinen niedrig; Knapp zählte in einem Falle 28—32 Schläge in der Minute, die beim Aufstehen auf 52 bis 60, später bis zu 72 Schlägen sich vermehrten. Ferner beschreibt Meyer einen Fall, in dem die Pulszahl beim Aufstehen von 48 auf 80 und mehr anstieg, so daß Differenzen von 30 Schlägen entstanden. Er meint, daß die Pulsverlangsamung vielleicht auf Hirnschwellung, die Beschleunigung mehr auf neurasthenische Störungen zurückzuführen ist. — Bei starker Erregung und Muskelarbeit soll die Pulszahl meist nicht in dem Maße steigen, wie man vermuten möchte. — Von der Tagestemperatur ist die Pulsfrequenz nach Moravcsik ziemlich unabhängig; sie kann bei hoher Temperatur niedrig sein und umgekehrt. Dagegen wird sie von dem momentanen psychischen Befinden des Kranken beeinflußt; nach Bleuler kann Veränderung der Pulszahl mitunter das einzige Zeichen einer noch vorhandenen psychischen Tätigkeit darstellen. — Meist ist der Puls nicht arythmisch; nur in wenigen Fällen ist Pförtner eine leichte Irregularität bei längerem Fühlen aufgefallen. Dagegen konnte er nervöse Arythmie mit ausgesprochen respiratorischem Typus, mit Zunahme der Pulsfrequenz bei Inspiration und Abnehmen bei Exspiration mehrmals nachweisen.

Sonst ist über Störungen im Bereiche des Herzens wenig zu sagen. Lugiato erwähnt, daß ihm bei Sektionen oft die Kleinheit des linken Ventrikels aufgefallen und daß der Herzdurchmesser kleiner sei als normal. Knapp beschreibt zwei Fälle, in denen apoplektiforme Herz- und Atmungsstörungen vorhanden waren.

Allgemein bekannt sind die Störungen der Blutzirkulation. Pförtner hat sie bei 80 Fällen fast regelmäßig nachweisen können. Sie sind mitunter schon lange Zeit vor Ausbruch der Psychose vorhanden, können aber mit Eintritt derselben sich verstärken. Am stärksten sind sie bei jenen Krankheitsformen, die mit psychomotorischen Erscheinungen einhergehen, besonders beim katatonischen Stupor; in den Endzuständen treten sie wieder mehr zurück. Wir wollen zunächst die aktive und passive Hyperämie sowie die lokale Anämie besprechen.

Wallungen zum Gesichte gehören bei der Dementia praecox zu den häufigen Erscheinungen. Sie können mit Steigerung der Temperatur einhergehen, können mit jäher Blässe wechseln. In einem Falle von Knapp waren sie nur einseitig vorhanden. Mitunter kündigen sie Erregungszustände an. Auch während der später zu besprechenden katatonischen Anfälle können sie sich einstellen, wobei Hüfler wiederholt eine abnorme Blässe um die Mundpartie ähnlich wie bei Scharlach beobachtet hat. Knapp sah in 4 Fällen transitorische Erytheme, deren Vorkommen er bei anderen Krankheiten noch nicht beobachtet hat. — Mitunter finden sich umschriebene rote Flecke auch an andern Stellen des Körpers.

Im Gegensatz zu den Kongestionen findet sich öfters einerseits abnorme Blässe, nach Lomer bedingt durch einen Dauertonus der Vasokonstriktoren, die sich auf den ganzen Körper ausbreiten und zur Verwechslung mit Anämie Anlaß geben kann. Andererseits sehen wir Blutstauung, bedingt durch dauernde Erweiterung der feineren Gefäße, namentlich an den Händen, Füßen und im Gesicht, mitunter einseitig. Im Gegensatz zu den Kongestionen, bei welchen die Temperatur der Haut stets erhöht ist, können wir hier abnorme Kälte der betroffenen Teile konstatieren. Die Stauungen können entsprechend dem psychischen Befinden, aber auch unabhängig von demselben wechseln, oft in kurzer Zeit. — Charakteristisch für die Cyanose bei Dementia praecox im Gegensatz zu der bei anderen Erkrankungen auftretenden ist nach Baller die Tatsache, daß die durch Druck entstandene Blässe 15 Sekunden und länger anhält, während sie bei gewöhnlicher Stauung sofort verschwindet. Nach ihm handelt es sich hier um ein spezifisches Symptom der Katatonie, das dem Verhalten der Gefäße bei Durchschneidung eines peripheren vasomotorischen Nerven sehr ähnlich ist. Baller spricht von „Katalepsie der Gefäße", von „Mangel an Selbststeuerung" und glaubt, daß hier dieselbe Ursache zu Grunde liegt wie bei der Muskelspannung bei Katatonie. Auch Pförtner ist der Ansicht, daß es sich hier nicht um eine einfache Blutstauung durch Mangel an Bewegung handelt, denn sie kann auch trotz dieser auftreten; es scheint ihm wahrscheinlicher, daß hier Gefäßlähmungen im Spiel sind, vielleicht auch Veränderungen im Blute selbst. Für eine Beteiligung des Nervensystems spricht auch das einseitige Auftreten sowohl der Kongestionen wie der Zyanose.

Im Zusammenhang mit obigen Symptomen müssen noch drei weitere besprochen werden: Dermographismus, Ödeme und Gefäßbrüchigkeit. Ersterer kommt in allen Abstufungen vor. Meyer fand ihn unter 363 Fällen 56 mal deutlich, 26 mal sehr stark. Trepsat konnte in einem Falle durch Reiben mit der Fingerkuppe noch nach 24 Stunden die vorher eingeschriebenen Zeichen wieder hervorrufen. Ödeme, bei denen sich organische Ursachen nicht finden lassen, treffen wir bei Dementia praecox häufig an. Baller fand sie bei einem sehr großen Material (747 Fälle) in 12%; „fliegende" Ödeme sah er auch an Stellen, wo nicht infolge der Schwerkraft Blutstauung vorhanden war. Im allgemeinen findet man Ödeme an den Beinen, Händen und unter den Augen; im letzteren Falle spricht Kraepelin von Ähnlichkeit mit myxomatösen Verdikkungen; von letzteren unterscheiden sich die Ödeme durch ihr rascheres Verschwinden. Herzog berichtet über einige Fälle, in welchen Gesichtsödem einseitig auftrat. Wie bereits erwähnt, sind die Ödeme von Blutstauung nicht immer abhängig. — Trepsat beschreibt ein Pseudoödem bei Katatonie, das er unter 67 Fällen 65 mal nachweisen konnte. Er versteht darunter eine mehr oder weniger starke Schwellung am Fußrücken bezw. an den Zehenwurzeln mit zyanotischer oder mehr grauer Verfärbung der Haut und herabgesetzter Temperatur derselben. Fingereindrücke bleiben hier nur kurze Zeit bestehen. Das Pseudoödem kann sich bis zu den Knöcheln erstrecken; es findet sich bei Frauen häufiger als bei Männern. Als Folgen desselben beschreibt Dide Neigung zu ulzerierenden Frostbeulen, seltener Purpura, Erythema pellagroides und Adipositas dolorosa. Meist verläuft es ohne Beschwerden. Man trifft es auch bei Bettruhe an, während es bei Erregung verschwindet, seltener umgekehrt.

Als Folgen der besonders bei Katatonie vorkommenden Gefäßbrüchigkeit treten nach Bleuler subkutane Blutungen schon bei leichtem Anfassen, Conjunktivalblutungen, Othämatome bei leichtem Trauma (z. B. Waschen der Ohren) auf; dagegen sind Gehirnblutungen selten.

Schließlich sei auch noch ein eigentümlicher Fall Bleulers erwähnt in dem bei gleichzeitig vorhandener Anästhesie jegliche Blutung bei Nadelstich fehlte.

Der Blutdruck ist nach Pförtner im allgemeinen normal; er fand auch keinen Unterschied zwischen alten und frischen Fällen sowie zwischen den einzelnen Krankheitsformen. Stoddart fand im katatonischen Stupor erhöhte, Weber im allgemeinen bei Dementia praecox niedere Werte. Nach letzterem ist derselbe bei ruhigen Kranken etwas unter der Norm; bei Erregung ist die Steigerung nicht sehr beträchtlich. Auch der Pulsdruck, d. h. die Differenz zwischen systolischem und diastolischem Blutdruck, wächst bei Erregung nur wenig. Bei stuporösen Kranken fand Weber im Gegensatz zu Stoddart etwas weniger als Mittelwerte. Als charakteristisch für Dementia praecox bezeichnet er die geringe Herzarbeit (niedrige Pulszahl, niedriger Pulsdruck) und die mangelhafte Spannung des Gesäßsystems (kleiner diastolischer Druck), als Folge hiervon relativ geringe Durchblutung der Organe. — Nach Piltz sollen die Hebephrenen während der Erregung einen um 20—30 mm niedrigeren Blutdruck haben als in der Ruhe. — Pötzl sah einen Fall von Katatonie, in welchem während der akuten Phasen regelmäßig Blutdrucksteigerung mit Albuminurie sich einstellte.

Über die Pulswelle hat Pighini Untersuchungen angestellt. Er fand die sphygmographische Kurve bei Dementia praecox niedriger als bei Gesunden, die Elastizitätsschwankungen besonders stark, die sekundäre Elevation auf ein Minimum reduziert.

An dieser Stelle seien auch die plethysmographischen Untersuchungen erwähnt, welche Bumke und Kehrer an Geisteskranken ausgeführt haben. Diese beruhen darauf, daß beim Gesunden auf sensible Reize hin (besonders bei Schmerz und Kälte) sich neben Veränderung von Puls und Atmung Volumsenkungen an den Extremitäten einstellen; diese fehlen im katatonischen Stupor und in sehr vielen Fällen von Dementia praecox. Das Symptom kann bereits in Frühstadien der Krankheit eintreten, ist aber nicht in allen Fällen, auch nicht in allen Stadien derselben vorhanden. Nach Angabe der genannten Autoren ist es spezifisch für die Katatonie und keineswegs einfach durch Verblödung zu erklären, da es sich weder bei Paralyse noch bei Imbezillität noch bei seniler Demenz nachweisen läßt. Zur Auslösung des Symptoms soll auch die Vorstellung des Schmerzes allein schon genügen; es besteht also hier eine Parallele mit der Schmerzreaktion bezw. den Psychoreflexen der Pupillen. Neuerdings hat Küppers sich mit diesem Gegenstande beschäftigt. Er kam zu ähnlichen Resultaten wie die oben genannten Autoren, indem er in 8 von 14 Fällen mittels des Armplethysmographen „reaktive Volumstarre" feststellte. Als Ursache derselben glaubt er eine dauernde Hemmung des Vasomotorenzentrums annehmen zu müssen.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Errichtung einer Abteilung für geisteskranke Gefangene und zweier Dienstwohngebäude bei dem Zuchthause Straubing in Bayern.** In Bayern muß der größte Teil der geisteskranken Gefangenen unter Unzuträglichkeiten aller Art, selbst unter Gefahren für die Beamten im regelmäßigen Strafvollzuge in den Strafanstalten mitgeschleppt werden und nur der kleinere Teit kann erst nach vielen Schwierigkeiten und Verzögerungen und nur in vorgerückten Stadien der Krankheit in Irrenanstalten verbracht werden. Die Beseitigung dieses mißlichen Zustandes ist um so dringlicher geboten, als die Irrenanstalten bei ihrer zunehmenden Überfüllung voraussichtlich in Bälde sich weigern werden, geisteskranke Gefangene aufzunehmen. Im Juli 1912 waren 29 geisteskranke Gefangene ohne Unterbrechung der Strafvollstreckung in Irrenanstalten untergebracht, während 55 geisteskranke und 141 geistig gefährdete Gefangene in Strafanstalten selbst verwahrt werden. Im Juli 1913 befanden sich 30 geisteskranke Gefangene in Irrenanstalten, 53 geisteskranke und 146 geistig gefährdete Gefangene in den Strafanstalten. Bei dieser Zahl wäre an sich die Errichtung von zwei Irrenabteilungen erforderlich, und zwar einer Irrenabteilung für Gefängnissträflinge und einer solchen für Zuchthaussträflinge. Mit Rücksicht auf die Finanzlage will die Justizverwaltung zunächst nur an die Erbauung einer Irrenabteilung herantreten. Da Geistesstörungen am häufigsten in Zuchthäusern auszubrechen pflegen und die Verwahrung der schwersten geisteskranken Verbrecher den Irrenanstalten und Strafanstalten die meisten und größten Schwierigkeiten bereitet, empfiehlt es sich, zunächst an ein Zuchthaus eine Irrenabteilung anzugliedern. Es ist natürlich, daß dies bei dem Zuchthause Straubing, das ohnedies mehr als die Hälfte aller Zuchthaussträflinge beherbergt und das neueste Zuchthaus ist, geschieht. Die Justizverwaltung beantragt deshalb, der Landtag wolle die Mittel zur Erbauung einer Irrenabteilung bei dem Zuchthause Straubing bewilligen. Die Irrenabteilung kann auf dem Grundbesitze des Zuchthauses errichtet werden. Der Bau kann und soll zur Kostenersparung und zum Zwecke einer geeigneten Beschäftigung der Gefangenen in der Hauptsache durch Gefangene aufgeführt werden. Die Kosten sind auf 230 000 M veranschlagt. Ohne Verwendung von Gefangenen würden sie auf 260 000 M zu veranschlagen sein. Die Anforderung der Mittel für Irrenarzt und Irrenpflege kann bis zur nächsten Finanzperiode zurückgestellt werden. Dagegen muß schon jetzt dafür Sorge getragen werden, daß die für die Überwachung und Behandlung der in der Irrenabteilung unterzubringenden Gefangenen nötigen Beatmen in unmittelbarer Nähe der Anstalt wohnen können, da diese Beamten stets zur Hand sein müssen. Es sind daher zwei Dienstwohngebäude für je vier Beamte notwendig, die unter der Voraussetzung, daß sie mit Gefangenen ausgeführt werden, mit einem Kostenaufwand von 80 000 M auf dem Grundbesitze der Strafanstalt Straubing erbaut werden können. (Münch.-Augsburger Abendzeitung, 30. 9. 13.)

— **Mitgliederversammlung des Hilfsvereins für entlassene Geisteskranke i. Bad.** Wiesloch, 29. Sept. Der Hilfsverein für entlassene Geisteskranke in Baden hielt am Samstag in der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch seine 3. ordentliche Mitgliederversammlung ab. Nach 2 Uhr trafen aus dem ganzen Land die Mitglieder, Damen und Herren, in ansehnlicher Zahl ein. Nach herzlicher Begrüßung durch den Vorsitzenden des Hilfsvereins, Geh. Rat Schüle-Illenau, im Festsaale des Verwaltungsgebäudes gab der Direktor der Anstalt Wiesloch, Medizinalrat Dr. Fischer einen Rückblick über die Entwicklung der Irrenfürsorge in Baden und erläuterte an der Hand von Plänen die Bauart der in Baden bestehenden Heilanstalten; auf einer Kurventafel demonstrierte er ferner die gewaltige Zunahme der Anstaltsfürsorge und der staatlichen Aufwendungen hierfür in den letzten 40 Jahren. Zum Schlusse verbreitete er sich eingehender über den Lageplan der Wieslocher Anstalt und die Aufgaben, die mit dieser modernen Irrenanstalt zu erfüllen sind. Hieran schloß sich eine Besichtigung der Anstalt. Unter Führung des Direktors und der Ärzte der Anstalt wurden einige Krankenpavillons, die verschiedenen Wirtschafts- und Betriebsgebäude eingehend besichtigt. Darnach versammelten sich alle Besucher in der sogenannten Kantine zu einer kleinen Erfrischung, wozu die Musikkapelle der Anstalt ihre Weisen ertönen ließ.

Sodann wurde in die Beratung des geschäftlichen Teiles der Tagesordnung eingetreten. Der Vorsitzende ermahnte hierbei in eindringlichen Worten zum weiteren inneren Ausbau der Organisation in ihren verschiedenen wichtigen Beziehungen.

Den Schluß der Tagesordnung bildete ein interessanter Vortrag von Medizinalrat Dr. Thoma-Illenau über das sehr aktuelle Thema „Schutz vor gemeingefährlichen Geisteskranken". Um 7 Uhr schloß Medizinalrat Dr. Fischer in Vertretung des Vorsitzenden mit Worten des Dankes für das bewiesene Interesse die sehr anregend verlaufene Versammlung.

— Unter dem Titel: **„Vorkommen von lebenden Spirochäten bei Paralysis progressiva"** berichten Dr. Geber und Dr. Benedek (Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie aus der für Psychiatrie und Nervenkrankheiten der Kolozsvárer Universität. Direktoren: Prof. Dr. Marschalko und Prof. Dr. Lechner. Wiener klinische Wochenschrift vom 2. Oktober 1913) über folgendes: Sie entnahmen mittels Hirnpunktion von 7 paralytischen lebenden Individuen Hirnzylinder und untersuchten im „Dunkelfeld", fanden aber keine Spirochäten. Irgendwelche unangenehme Nebenerscheinungen infolge des Eingriffes wurden kaum beobachtet. 2 Fälle waren in Exazerbation, 4 progressiv dement, 1 im akuten Stadium.

Außer Noguchi gelang es bis jetzt Marie, Levaditi, Bankowski und Forster und Tomasczewski Spirochäten im Dunkelfeld bei Paralyse zu Lebzeiten der Kranken nachzuweisen.

Dagegen fanden Geber und Benedek in dem aus dem Gyrus centralis anterior hergestellten frischen Präparat der Leiche eines Paralytikers acht Stunden

nach dem Tode im Dunkelfeld „lebende, etwas träge, aber sich typisch bewegende Spirochäten".

(Nach all den letzten Entdeckungen über Spirochäten bei Paralyse entsteht ein neues Problem: Wieviele der ehemals mit Syphilis infizierten Personen beherbergen im Gehirn Spirochäten, ohne paralytisch zu werden bezw. geworden zu sein? Die pathologisch-anatomischen Institute würden allein in der Lage sein, die Frage zu beantworten. Bresler.)

Referate.

— Deutsche Lungen-Heilstätten in Wort und Bild. Redigiert von Prof. Dr. Nietner. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1913. Quartformat. 456 S.

Ein neuer schöner Band aus dem großen Sammelwerk „Anstaltsfürsorge für körperlich, geistig, sittlich und wirtschaftlich Schwache", welches der Verlag von Marhold in schneller Folge in vorzüglicher Ausstattung herausgibt. Es braucht kaum hervorgehoben zu werden, daß dieser Band den Ärzten an den Irrenanstalten, denen die Bekämpfung der Tuberkulose beruflich sehr nahe liegt, viel Wissenswertes bringt. Mercklin.

— v. Hoffmann, Geza, k. u. k. österr.-ung. Vizekonsul: Die Rassenhygiene in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. Lehmann, München, 1913. 237 S. Preis 4 M, geb. 5 M.

Auf dreierlei Weise suchen die Vereinigten Staaten von Nordamerika die Rasse zu verbessern und in edlem Sinne des Wortes Menschenzucht zu treiben: 1. Durch Regelung der Ehe in rassenhygienischem Sinne, 2. durch das Unfruchtbarmachen der Minderwertigen, 3. durch zweckmäßige Auslese der Einwanderer. Hierdurch werden die drei Hauptkapitel des v. Hoffmannschen Buches ausgefüllt. Wir hören da das Für und Wider der einzelnen Gesetze, wie es in der amerikanischen Literatur wiederhallte, wir hören die Art und Weise, wie die Gesetze durchgebracht wurden, und ihre Verbreitung in den Bundesstaaten, wir hören von der Handhabung der Ausübung. Der dritte Punkt der auf Rassenverbesserung hinzielenden Gesetze, die Einwanderungsgesetze, stieß auf wenig Schwierigkeiten, denn man ging ja gegen Ausländer vor, nicht gegen die eigenen Volksgenossen. Hier machte deshalb die Durchbringung der Gesetze wenig Schwierigkeiten und bei der Ausführung wird bekanntlich — wer wie Ref. einmal solch einer Massenuntersuchung auf Ellis Island beigewohnt hat, weiß ein Lied davon zu singen — oft genug übers Ziel hinausgeschossen. Doch bezgl. der unter 1 und 2 genannten Gesetze ist das Volk sich noch wenig einig. Das beweist die Verschiedenheit der Gesetze in den einzelnen Staaten, das Fehlen überhaupt solcher Gesetze wieder in andern Landesteilen, die knappe Majorität, mit der die Vorlagen durchzugehen pflegen, die manchmal recht kurze Lebensdauer solcher Gesetze, ihre vorsichtige und laxe Handhabung hier und da usw. Die geistigen Führer des Volkes — und der berufenen und unberufenen Sozialpolitiker gibt es in dem freien Lande viele — suchen deshalb die breiten Volksschichten aufzuklären und in Wort und Schrift zu begeistern. Das Fazit aus der diesbezüglichen Literatur und die Art und Weise der Propaganda schildert uns der Verfasser unter wörtlicher Wiedergabe manchen trefflichen Zitats in den beiden ersten Kapiteln. Im Anhang erscheinen dann — so viel Referent bekannt ist, zum ersten Mal in deutscher Sprache — die Gesetze im Originalwortlaut, natürlich in deutscher Übersetzung. So bildet das Buch, das zum Schluß noch ein Literaturverzeichnis (hier begegnen wir den deutschen Namen wie Näcke, Maier, Oberholzer usw.) und ein Schlagwörterverzeichnis bringt, und das nicht nur lobend sich ausspricht, sondern auch die Schwächen der nordamerikanischen Union sehr wohl herauszufinden weiß, ein Nachschlagewerk ersten Ranges für Soziologen, Nationalökonomen, Psychiater usw.

Wern. H. Becker, Weilmünster.

— Edinger, L., und Fischer, B.: Ein Mensch ohne Großhirn. Sep.-Abdr. aus dem Archiv für die gesamte Physiologie Bd. 52, Bonn, 1913

Der Fall stammt aus dem Senckenbergischen pathologischen Institute und dem neurologischen Institute zu Frankfurt. Eigentlich allerdings aus der Kinderpraxis des Dr. W. zu Frankfurt, denn um einen Bericht über das fast vier Jahre dauernde Leben eines ohne Großhirn geborenen Kindes, aus dem die intelligente Mutter recht interessante Einzelheiten zu erzählen weiß, handelt es sich zunächst. Es wird uns da erzählt, daß das Individuum den Gebrauch sowohl der oberen wie der unteren Extremität nicht kannte, diese vielmehr in dauernd derselben Stellung verharrten, daß weder Sättigungsgefühl noch Hunger sich irgendwie äußerten, daß Seh- und Hörvermögen äußerst minimal geblieben sind, kurzum: „ein starres, unselbständiges, der Sinnesempfindungen und Handlungen völlig unfähiges Wesen, das, selbst wenn es von Kot oder Urin beschmutzt lag, kein Zeichen gab" und 3 ³/₄ Jahr alt an Tuberkulose der Lungen starb. Bei dem annähernd normalen Schädel ergab die Sektion erst das überraschende Ergebnis des fehlenden Großhirns. Der pathologisch-anatomische Befund wird von Edinger und Fischer sehr genau makroskopisch und mikroskopisch festgestellt und mitgeteilt. 11 Textfiguren illustrieren die psychiatrisch sehr interessanten Einzelheiten. Ein Satz daraus sei hier nur wiedergegeben: „Ein Querschnitt durch das ganze Gehirn, genau durch das Chiasma, ergibt ein überraschendes Bild. Mitten in den aus unzähligen großen und kleinen Zysten aufgebauten Hemisphären liegt der ganz intakte Hirnstamm. Es scheint genau soviel erhalten wie an dem Goltzschen Hund, ja die Präparate sehen sich bis auf das Größenverhältnis zunächst zum Verwechseln ähnlich. Die beiden Hemisphären sind total verschwunden. Ihre Stelle wird durch ein System ganz dünnwandiger Zysten eingenommen, deren größte direkt unter der Oberfläche liegen." Physiologisch aber wird dann zwischen diesem Kind und jenem Hund ein bemerkenswerter Unterschied konstatiert: Es war bei dem Kind unmöglich, irgendeine seelische Reaktion zu finden, zu dem Kinde in Beziehung zu treten oder gar es etwas zu lehren. Das letztere gelang aber bekanntlich bei dem

Hund bis zu einem gewissen Grade, er hatte auch Stimmungen, Wutanfälle, behagliche Ruhe. Bezüglich der übrigen Einzelheiten verweise ich auf das äußerst interessante Original. Wern. H. Becker, Weilmünster.

— Jaspers, Karl: Allgemeine Psychopathologie. J. Springer, Berlin, 1913. Preis 8,80 M.

Bei der Bedeutung und Beachtung, die heutigentags den normalen und pathologischen seelischen Vorgängen mehr und mehr entgegengebracht wird, füllt das Werk des Verfassers zweifellos eine Lücke in der Literatur aus, zumal das entsprechende Buch von Emminghaus aus dem Jahre 1878 veraltet ist. In der Einführung werden zunächst die Grenzen und Aufgaben der allgemeinen Psychopathologie erörtert, wobei die tatsächlich interessanten Erkenntnisse übersichtlich in lebendiger Weise wiedergegeben werden. Wir können an der Hand von instruktiven Aufzeichnungen fühlen, begreifen, nachdenken, was in der Seele des Menschen wirklich vor sich geht. Der Schilderung der subjektiven und objektiven Symptome und Erscheinungen des kranken Seelenlebens folgen die verständlichen und kausalen Zusammenhänge desselben. Die Einteilung der Psychosen nach der psychologischen Struktur hat keinen Forschungs-, sondern nur didaktischen Wert. Nach ätiologischem Gesichtspunkte werden die im wesentlichen durch greifbare körperliche Vorgänge oder äußere Einwirkungen verursachten (exogenen) Psychosen, die man auch organische oder symptomatische nennt, von den allgemein durch unbekannte resp. endogene Ursachen bedingten funktionellen oder auch idiopathischen gesondert. Das soziale Verhalten der Geisteskranken und seelisch Abnormen ist durchaus kein einheitliches. Antisoziale Kranke begegnen uns vor allem unter den Verbrechern, Landstreichern und jugendlichen Verwahrlosten. Am Ende der Untersuchung soll nach der Forderung des Autors jeder Arzt zu einer vollständigen Biographie des gesamten Menschen in soziologischer, körperlicher und seelischer Beziehung kommen. In einem Anhang wird schließlich der Wert einer somatisch-medizinischen und einer psychopathologischen Bildung betont. Das Schlußkapitel über Historisches macht auf den Gegensatz der Schilderer und Analytiker in der Psychiatrie aufmerksam.

Jödicke, Stettin.

— Canestrini, S.: Über das Sinnesleben des Neugeborenen. J. Springer, Berlin, 1913. Preis 6 M.

Von allen Forschungsgebieten, welche die moderne Wissenschaft erschlossen hat, bietet keines soviel Interesse wie Schwierigkeiten als die experimentelle Psychophysiologie des Neugeborenen, zumal unsere bisherigen Kenntnisse nur mangelhafter Natur sind.

Zum Studium dieser Veränderungen benutzte Verf. eine metallene Kappe, die er auf der großen Fontanelle des Säuglings durch sinnreiche Konstruktion befestigte, so daß die durch äußere Reize bedingten Pulsschwankungen graphisch dargestellt werden konnten. Die tatsächlichen Befunde dieser Untersuchungen lassen sich dahin zusammenfassen, daß sich die bestentwickelsten Reaktionen am Geschmackssinn des Neugeborenen vorfinden. Die süße Geschmacksempfindung wirkt beruhigend, während die Salzlösung eine leichte Unruhe der Versuchsperson mit Aufhören der Saugbewegungen zur Folge hat. Akustische Eindrücke haben beim schlafenden Kinde oft Verlangsamung der Atmung, Unregelmäßigkeit der Respirationstiefe, Steigerung des Gehirnvolumens und Pulsfrequenzzunahme zur Folge, während Gesichts- und Tastsinn auffallend geringe Reaktionen ergeben. Die geringste Entwicklung zeigt der Geruchssinn. Jödicke, Stettin.

Therapeutisches.

Erfahrungen mit Tuberkulin „Rosenbach". Von Karl Drowatzky und Erich Rosenberg. Aus der Inneren Abteilung des allgemeinen Krankenhauses in Hagen i. W., Oberarzt: Prof. O. Baumgarten.) Deutsche med. Wochenschrift 1913, Nr. 26.

Beschreibung von 14 Fällen, die mit Tuberkulin Rosenbach behandelt wurden. Drei verschiedene Formen der Reaktion: 1. Reaktion an der Einstichstelle bei 6 Patienten; in einem Fall zweimal nur eine ganz geringe Rötung und Schwellung an der Injektionsstelle, bei drei Fällen starke Infiltration, bei einem Fall heftige Lymphangitis mit Schwellung der Achseldrüsen, die auf feuchte Verbände nach 24 Stunden abgeklungen war. Diese Reaktionen traten überwiegend nur bei schwächlichen weiblichen Personen auf.

2. Temperatursteigerung in fast allen Fällen, und zwar in verschiedenem Grade, meistens nicht über 38°, nur in einem Falle bei sonst normaler Temperatur auf 39°, um nach zwei Tagen zur Norm zurückzukehren. In drei Fällen weder lokale Reaktion noch Temperaturerhöhungen. Fieberreaktionen traten in der Regel nur im Beginne der Behandlung auf (in manchen Fällen war die Gewöhnung schon nach 0,02 bezw. 0,04 g eingetreten), die späteren höheren Dosen wurden meist reaktionslos vertragen. Zeigte sich eine höhere Temperatursteigerung, so brauchte in den günstigen Fällen dieselbe Dosis nur 1—3 mal wiederholt zu werden, um normale Temperaturen wieder zu erreichen. In der Regel hielt eine Fieberreaktion nicht länger als 24 Stunden an, nur in einem Falle, in dem die Temperatur bei einem sonst fieberfreien Patienten auf 38° anstieg, war sie erst nach Verlauf von drei Tagen abgeklungen. Bei einer Patientin, die seit dem 14. Juni 1912 in Behandlung war, und abends stets etwa 38° Fieber hatte (durch Antipyretika die Temperatur zur Norm herabzudrücken, gelang nur bisweilen) blieb die Temperatur dauernd normal, seitdem man mit der Rosenbachschen Kur bei 0,1 angelangt war, mit Ausnahme der Fieberreaktionen, die stets direkt nach den Einspritzungen auftraten, und war es auch zur Zeit der Veröffentlichung nach Beendigung der Kur noch immer.

In einem Falle Allgemeinreaktion in Form von heftigen Kopfschmerzen, Unbehagen und allgemeiner Mattigkeit nach jeder Injektion.

Im allgemeinen wurde jeden dritten Tag eingespritzt; war jedoch eine Fieberreaktion eingetreten, so ließ man diese erst abklingen.

Einwirkungen des Rosenbachschen Tuberkulins auf das Allgemeinbefinden: geradezu ein eklatanter Be-

weis von seiner günstigen Wirkung in drei Fällen; Appetitlosigkeit, subjektiv schlechtes Befinden und Abmagerung besserten sich während und nach der Kur so auffallend, wie D. u. R. sie bei anderen Patienten nach der gewöhnlichen hygienischen-diätetischen Behandlung nie beobachtet hatten. Überraschend große Gewichtszunahme bei zwei Patienten (23 bezw. 24 Pfund). Bei einer Patientin, die vor Beginn der Kur bereits 6 Monate in der Behandlung von D. u. R. war und stets an Gewicht abgenommen hatte, während der Tuberkulinkur (etwa 2 Monate Dauer) Gewichtszunahme von 10 Pfund; dabei besserte sich der Allgemeinzustand, vor allem auch ein Brechreiz, unter dem Patientin vordem sehr gelitten hatte, wesentlich.

Abnahme des Hustens und Auswurfs in mehreren Fällen.

In einzelnen Fällen auch günstiger Einfluß auf den Lokalbefund. In einem Fall mit ausgesprochener Schallverkürzung über der rechten Spitze, zahlreichen Rasselgeräuschen daselbst und über beiden Unterlappen war nach Beendigung der Kur überhaupt kein objektiver pathologischer Befund zu erheben. Ähnliche Erfolge in drei anderen Fällen mit starker Hämoptoë: am Schlusse der Behandlung klinisch völlige Heilung.

Hand in Hand mit der Besserung des Allgemeinbefindens in zwei Fällen günstiger Einfluß der Tuberkulinkur auf den lokalen Befund. In dem einen Fall (über den beiden Lungen diffuse Rasselgeräusche) nach der Behandlung nur noch vorn über dem rechten Oberlappen vereinzeltes Rasseln. Im andern Fall Aufhellung der Dämpfung über dem rechten Unterlappen, völliges Schwinden der Rasselgeräusche, auch der Tuberkelbazillen im Sputum.

In mehreren Fällen ausgesprochene Mißerfolge. In zwei Fällen dehnte sich nicht nur der lokale Befund weiter aus, sondern trotz guter Pflege nahmen die Patienten an Gewicht ab, während bei zwei übrigen Fällen zum mindesten keine Besserung zu konstatieren war; allerdings handelt es sich dabei in drei Fällen um sehr alte und ausgedehnte Fälle, bei denen kaum anzunehmen war, daß das Tuberkulin Rosenbach einen wesentlichen Erfolg ausüben würde. Im vierten Falle bestand eine alte, vernachlässigte Blasentuberkulose mit schwerer Atrophie der Schleimhaut und hochgradiger Schrumpfung der Blase.

— **Neues zur Therapie des Morbus Basedowii.** Von Dr. med. Adolf Schnée, Frankfurt a. M. Zentralblatt für innere Medizin 1913, Nr. 19. Der gute Erfolg der kombinierten Antithyreoidin-Pankreonmedikation bei einer Kranken veranlaßte S., dieselbe noch in drei weiteren leichten Fällen von Morbus Basedowii zu versuchen. In diesen Fällen, bei denen sich die für Basedow charakteristischen Symptome erst seit wenigen Wochen bezw. Monaten eingestellt hatten und mehr oder weniger zum Ausdruck gelangt waren, „führten 6- bis 8wöchige nach dem in der vorstehenden Krankengeschichte ausführlich geschilderten Modus durchgeführte Behandlungen stets zu befriedigenden Resultaten, und halten die erzielten Erfolge bis heute an.“ Bei einer ganzen Anzahl anämischer Patienten, denen versuchsweise zuerst Liquor arsen. Fowleri oder Arsenferratose durch längere Zeit ohne nachweisbaren Einfluß auf den Blutbefund verabreicht worden war, besserte derselbe sich sofort auffallend, als mit den genannten Mitteln zusammen Pankreon gegeben wurde.

— Kalle & Co., *Aktiengesellschaft*, Biebrich am Rhein, 1863 bis 1913.

Die Firma Kalle, dem Psychiater hauptsächlich als Fabrikant des Dormiols bekannt, feiert in diesem Jahre ihren 50. Geburtstag. Anläßlich des Jubiläums hat die Firma eine Festschrift herausgegeben, welche an der Hand von zwei Faksimilia und fünf sehr hübsch ausgeführten Bildern den Werdegang der Firma bis zu ihrer heutigen Blüte darstellt. Wern. H. Becker, Weilmünster.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 30. 25. Oktober **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Die deutschen Volksnervenheilstätten im Jahre 1913. Von Oberarzt Dr. Bresler (S. 353.) — Psychiatrie und Stomatologie. Von Oberarzt Dr. P. Jödicke, Stettin. (S. 367). — Die körperlichen Störungen bei der Dementia praecox. Von Dr. Johann Michel, Bayreuth. Fortsetzung. (S. 371.) — Mitteilungen (S. 373): Psychiatrischer Fortbildungskurs in München. — Neuheiten aus ärztlicher Technik und Krankenpflege (S. 374).

Die deutschen Volksnervenheilstätten im Jahre 1913.

Von Oberarzt Dr. **Bresler.**

Im Deutschen Reiche und besonders in Preußen sind die Quellen der Mildtätigkeit während dieses Jahres ungewöhnlich stark geflossen. Das 25jährige Regierungsjubiläum Seiner Majestät des Deutschen Kaisers und Königs von Preußen, Wilhelm II., ist allenthalben zum Anlaß von milden Stiftungen genommen worden; sie zählen wohl nach vielen Hunderten.

Wer die Entwicklung der Volksnervenheilstätten, einer Errungenschaft der allerneuesten Zeit, im Auge behalten hat, mußte mit Bedauern wahrnehmen, daß für diese Bestrebungen gerade in einem so günstigen Moment der Boden nicht genügend vorbereitet war. Denn es gibt, soweit ich es verfolgen konnte, keine einzige Regierungs-Jubiläums-Stiftung, die der Fürsorge und Behandlung der Nervenkranken aus den wenig- und unbemittelten Volkskreisen gewidmet wäre, ein Beweis, wie sehr dringend es nottut, das Thema: Volksnervenheilstätten dauernd auf der Tagesordnung zu behalten. Dazu wird es nützlich sein, über Erreichtes und Erstrebtes wieder einmal Bericht zu erstatten.[1])

Eine historische Darstellung muß mit „Haus Schönow" beginnen.

* * *

[1]) Es ist im Laufe dieses Jahres vielfach hervorgehoben worden, welche Fortschritte Medizin und Krankenfürsorge während der 25jährigen Regierung Seiner Majestät gemacht haben. Eins hat man, soweit Preußen in Betracht kommt, übersehen: Das Gesetz vom 11. Juli 1891, durch welches der Psychiatrie viel umfänglichere Aufgaben zugewiesen worden sind. Wie dieses Gesetz der persönlichen Einwirkung Sr. Majestät die Entstehung verdankt, ist in Nr. 22 Band 1901 Seite 223 dieser Zeitschrift dargetan worden.

Die Begründung der Heilstätte „Haus Schönow" erfolgte unter besonders günstigen Auspizien: P. J. Möbius hatte wenige Jahre vorher, 1896, in der Schrift „Über die Behandlung von Nervenkranken und die Einrichtung von Nervenheilstätten" sich mit seiner ganzen Autorität als Nervenarzt und mit der seltenen Darstellungskunst und Überzeugungskraft, die ihn als medizinischen Schriftsteller auszeichnete, für die Errichtung solcher Sanatorien eingesetzt

Seine Vorgänger in diesen Bestrebungen waren Dr. Benda, Nervenarzt in Berlin, mit seiner 1891 erschienenen Schrift: „Öffentliche Nervenheilanstalten", und Hofrat Prof. v. Krafft-Ebing-Wien, der in einem an den Landesausschuß von Niederösterreich erstatteten, 1895 veröffentlichten Gutachten die Errichtung von Nervenheilstätten für Wenig- und Unbemittelte empfahl.

Im Jahre 1897 wurde in Berlin den Herren Bankier Ludwig Berl, Geheimen Sanitätsrat Professor Dr. Heinrich Laehr und Justizrat G. Ule von sechs hochherzigen Spendern ein zur Anlage eines Krankenhauses sehr geeignetes Grundstück von fast 7 Hektar und weiter ein Kapital von 232 000 Mark mit dem Auftrage überwiesen, die Gründung einer Heilstätte für minderbemittelte Nervenkranke anzubahnen.

Heinrich Laehr, Senior der Deutschen Irrenärzte, durch mehr denn 50jährige Beratung und Behandlung von Gemüts- und Nervenkranken den Berlinern und Brandenburgern als Mann von überragender Lebenserfahrung und zuverlässigem Urteil bekannt, war die geeignete Persönlichkeit, um an den einflußreichsten Stellen und in den Kreisen der wohlhabendsten Bürger der Reichshauptstadt Wert und Durchführbarkeit eines solchen Vorschlages, den er selber und Andere auch schon früher gemacht hatten, aufs Unwiderleglichste dar-

zutun und sich die Mitarbeit der besten Kräfte zu sichern. Nachdem das Komitee einstweiligen Umfang der Anstalt und Plan der weiteren Finanzierung festgelegt hatte, schritt es zur Bildung eines Vereins unter Versendung eines Aufrufs, in welchem das Projekt geschildert wurde, und dem man die obenerwähnte Schrift von P. J. Möbius beifügte. In der 1. Generalversammlung des Vereins am 30. September 1899 wurden die von dem Komitee (Berl, H. Laehr und Ule) vorgeschlagenen Statuten genehmigt und als Organ des Vereins ein



Abb. 1. Heinrich Laehr, geb. 10. März 1820, gest. 18. August 1905.

Vorstand bestehend aus diesen drei Herren und ein Kuratorium von 12 Mitgliedern gewählt. Vorsitzender des letzteren wurde der Direktor des Kaiserlich. Gesundheitsamtes, Wirkl. Geh. Oberreg.-Rat Dr. Köhler. Auch Möbius wurde in das Kuratorium gewählt. Unerwartet reichlich flossen dem jungen Verein Gaben zu; die höchste Einzelspende — von einem Ungenannten — erreichte den Betrag von 115 000 Mark; Max Meyer und Frau Anna Berl geb. Mende gaben je 50 000 M, ein Ungenannter 30 000 M, ein anderer Ungenannter 20000 M, Albrecht Guttmann 10000 M, Frau Prof. Friedländer 5300 M, Frau v. Melle 2000 M, Fr. von Heyden-Linden 2000 M, Dr. Hans Laehr 1660 M. u. s. f., über 100 Wohltäter stifteten Beträge in Höhe von 200 bis 1500 M; dazu kamen zahlreiche sehr ansehnliche Mitgliederbeiträge. Ein Beweis, daß durch die großen Opfer, mit welchen die private Mildtätigkeit ältere Wohlfahrtsbestrebungen, wie z. B. die Erbauung von Lungenheilstätten, unterstützt hat, Verständnis und freigebige Werktätigkeit gegenüber der Not wenig- und unbemittelter Nervenkranker nicht den leisesten Abbruch erduldet hatten. In nicht weniger anerkennenswürdiger Weise unterstützte die Alters- und Invaliditäts-Versicherung zu Berlin den Verein durch Zusicherung einer erststelligen Hypothek von 200 000 Mark zu einem Zinssatz von 3%. Zahlreich waren auch die Geschenke für die innere Einrichtung und Auschmückung, die Gärtnerei usw.

Erbaut wurde die Anstalt von den Regierungsbaumeistern Reimer und Körte in Berlin. Zunächst wurden das Hauptgebäude, zwei Krankenhäuser und ein Wirtschaftsgebäude zur Ausführung bestimmt. Bau, Einrichtung usw. haben ca. 518 000 M. gekostet.

Am 3. Dezember 1899 erfolgte die feierliche Einweihung der Heilstätte, wobei der damalige Oberpräsident der Provinz Brandenburg von Bethmann-Hollweg in seiner Ansprache hervorhob, daß Seine Majestät der Kaiser sich eingehend über die Anstalt habe berichten lassen und von ihrer Einrichtung mit Freude Kenntnis genommen habe.

Es wird in der Tat „ein dauernder Ruhmestitel für Haus Schönow sein, den ersten Schritt in der praktischen Fürsorge für die minder- und unbemittelten Nervenkranken gewagt und damit diesen Bestrebungen die Wege geebnet zu haben".

An die Spitze der Anstalt wurde ein Arzt als Direktor gestellt, Dr. Max Laehr.

Der Verein wurde am 22. Januar 1900 in das Vereinsregister eingetragen, durch Min.-Erlaß vom 18. September 1900 als milde Stiftung anerkannt.

Eine wesentliche Förderung in der Erfüllung ihrer Zwecke erfuhren Verein und Heilstätte bald von Anfang an durch die Errichtung einer Damengruppe, welche sich der doppelten Aufgabe unterzieht, einerseits die Verhältnisse bedürftiger Kranker und ihrer Angehörigen zu ermitteln, die Fürsorge für diese anzubahnen, zur Entlassung kommenden Kranken Unterstützung und Arbeitsgelegenheit zu beschaffen, andererseits den Beirat der Heilstätte zu bilden in wirtschaftlichen Fragen, bei Beschaffung, Prüfung und Zubereitung der Lebensmittel, Beschaffung und Erhaltung des Inventars usw. Die beiden Damengruppen (Gruppe Berlin unter dem Vorsitze der Frau Oberbürgermeister Kirschner, und Gruppe Zehlendorf unter dem Vorsitze der hochverdienten Frau

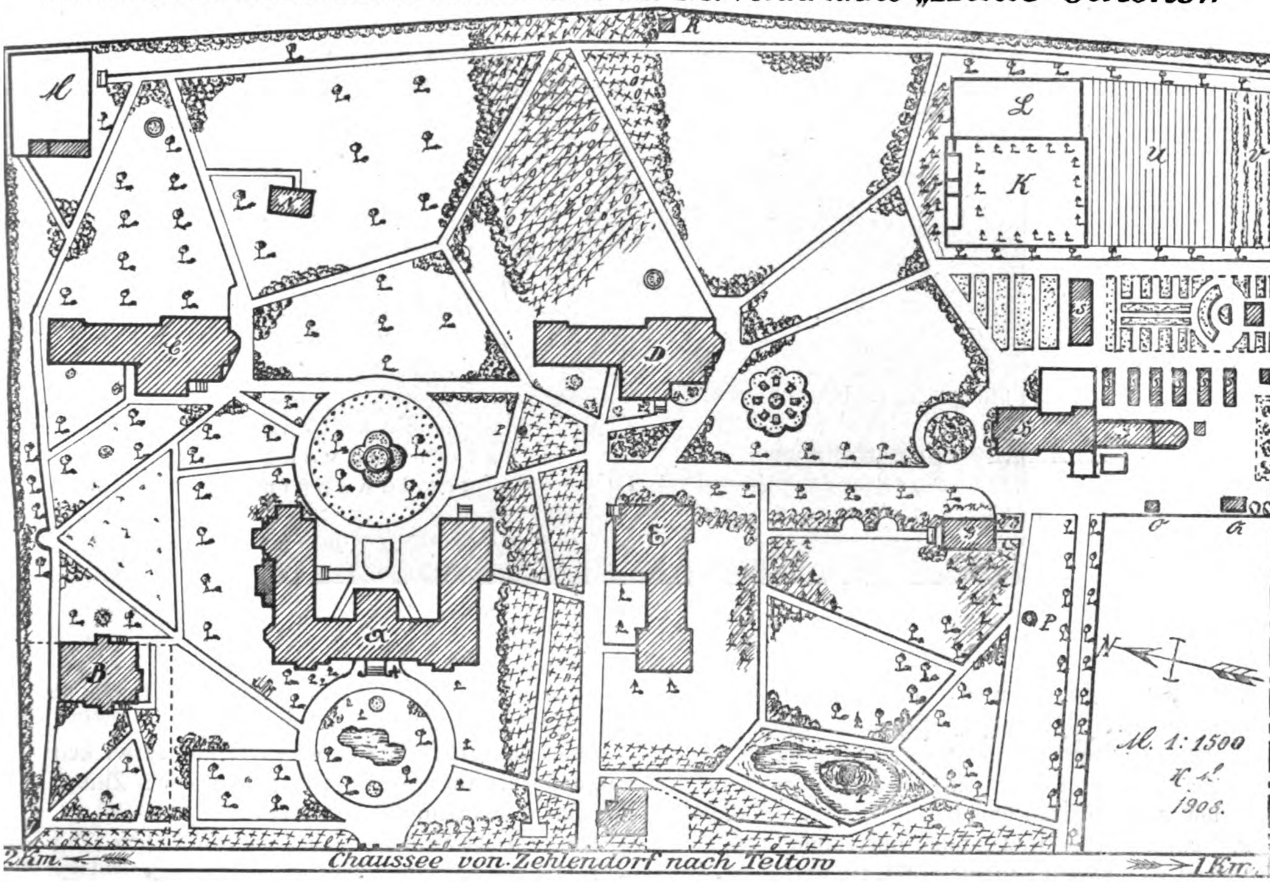
Kommerzienrat Hedwig Heyl) leisteten ganz Vortreffliches und sind jetzt unter Vorsitz von Frl. Mathilde Marggraff noch in segensreichster Tätigkeit.

Die Heilstätte verfügte anfänglich über 80 Krankenplätze. Die statistische Übersicht über die Krankenbewegung des Jahres 1900 bringt folgende Verhältnisse:

Auf den einzelnen Kranken kamen bei im ganzen 22 290 Tagen im Durchschnitt 51,7 Verpflegungstage. Bei Abrechnung derjenigen Kranken, welche nicht über 14 Tage in der Anstalt verpflegt wurden, weil ihre Weiterbehandlung sich als aussichtslos herausstellte oder weil sie nur zwecks vorübergehender Beobachtung aufgenommen waren, kamen bei 21 946 Verpflegungstagen

LAGEPLAN

von dem Grundstück der Heilstätte für Nervenkranke „Haus Schönow"



Erläuterung des Lageplanes.

A Verwaltungsgebäude. B Direktor-Wohnhau . C Krankenblock für Frauen. D u. E Krankenblock für Männer. F Pförtnerhaus. G Krankenbaracke. H Wirtschaftshaus mit Stallungen. J. Gewächshaus. K Luftbad und Turnplatz für Männer. L Lawntennis-Platz. M Luftbad für Frauen. N Liegehalle für Frauen. O Verbrennungsofen für Müll. P Pumpen. Q Schmiede. R Lauben. S Mistbeete. T Entenhaus. U Spargelfeld. V Anfang des Gartenlandes.

Bestand	29	Kranke	(14 m.,	15 w.)
Aufgenommen . .	381	„	(200 m.,	181 w.)
Abgegangen . . .	350	„	(184 m.,	166 w.)
Geheilt	34	„	(18 m.,	16 w.)
Gebessert	214	„	(103 m.,	111 w.)
Ungeheilt	95	„	(60 m.,	35 w.)
Gestorben . . .	7	„	(3 m.,	4 w.)
Bestand 31. Dezbr.	60	„	(30 m.,	30 w.)

und bei im ganzen 359 Kranken auf den Einzelnen 61,1 Tage. Als gebessert wurden diejenigen Kranken bezeichnet, bei welchen die wesentlichsten Krankheitserscheinungen während des Aufenthalts in der Heilstätte beseitigt waren und welche sich wieder fähig fühlten, ihre früheren häuslichen oder Berufspflichten ganz oder teilweise zu übernehmen.

Die Verpflegungskosten wurden getragen:

von den Kranken selbst in	224	Fällen
von Krankenkassen in	56	„
von Berufsgenossenschaften in . . .	9	„
von Landesversicherungsanstalten in	55	„
von kommunalen Armenbehörden in .	11	„
von der Dienstherrschaft in	5	„
von privater Wohltätigkeit in . . .	16	„
durch Freibett in	5	„

Die Übersicht über die behandelten Krankheitsformen ergab:

1. Peripherische Nerven- und Muskelkrankheiten, organische Erkrankungen des Zentralnervensystems (darunter besonders Rückenmarkschwindsucht und halbseitige Lähmung) . . . . . 12,90 %
2. Neurosen [der Reihenfolge der Häufigkeit nach: Neurasthenie (147), Hysterie (58), chronischer Alkoholismus (19), traumatische Neurosen (15), Zwangsneurosen (8), Morphinismus (4), Veitstanz (4), Tic impulsiv (3), Basedowsche Krankheit (3), Schüttellähmung (3), usw. usw.] . . . . 62,10 %
3. Psychische Störungen . . . . . . 23,60 %
4. Innere Krankheiten . . . . 1,39 %

Die hohe Zahl von Patienten mit geistigen Störungen erklärte sich dadurch, daß häufig Kranke unter anderer oder unbestimmter Diagnose in die Heilstätten geschickt wurden, die dann nicht zu selten sehr bald in eine geschlossene Anstalt abgegeben werden mußten, weshalb die Leitung der Heilstätte darum gebeten hat, daß solche Kranke ihr nicht zugewiesen werden möchten; bei vielen der Patienten mit seelischen Störungen handelte es sich aber um zweifelhafte und wenig ausgesprochene psychische Krankheitszustände, für welche auch eine offene Heilstätte der richtige Ort zur Heilung oder Besserung sein kann. Auch ist bekanntlich eine scharfe Trennung zwischen Nervenleiden und seelischer Erkrankung, namentlich für eine statistische Übersicht, oft überhaupt nicht möglich.

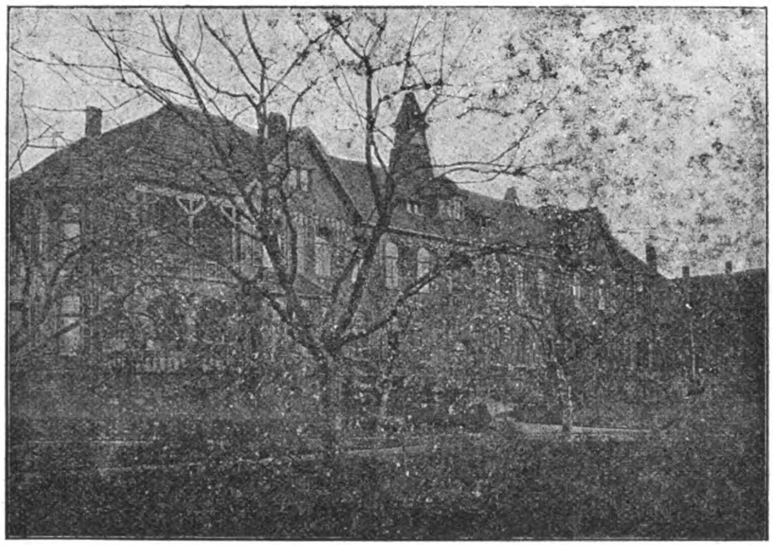


Abb. 3. Verwaltungsgebäude.

In der Poliklinik wurde ebenfalls schon im Jahre 1900 eine rege Tätigkeit begonnen.

Wie sich Haus Schönow weiterhin entwickelt hat, das lehrt am besten ein Vergleich obiger Ziffern mit denen aus dem Jahresbericht für 1911.

Die durchschittliche Belegungsziffer pro Tag war 117, die höchste 130.

Der Bestand war am

1. Jan. 1911 . .	100	Kranke	(59 m., 41 w.)
Aufgenommen vom 1. Jan. bis 31. Dez.	788	„	(481 m., 307 w.)
Abgegangen . . .	784	„	(474 m., 310 w.)
Geheilt resp. gebess.	593	„	(362 m., 231 w.)
Ungebessert. . .	191	„	(112 m., 79 w.)
Gestorben	0	„	(0 m., 0 w.)
Bestand am 31. Dezember 1911 . .	104	„	(66 m., 38 w.)

Auf den einzelnen Kranken kamen durchschnittlich 48 Verpflegungstage; die Anzahl der Verpflegungstage betrug 42 867. Bei der Abrechnung, wie sie oben angegeben ist (92 Kranke mit 655 Ver-

pflegungstagen), erhöht sich die Zahl der letzteren pro Kopf auf 53.

Die Verpflegungskosten wurden getragen:

von den Kranken selbst in	479	Fällen
von Landesversicherungsanstalten in .	81	„
von Behörden in	52	„
von Kommunal-Armenbehörden in .	29	„
von Berufsgenossenschaften in . . .	19	„
von privater Wohltätigkeit in . . .	13	„
durch die Freibetten in	59	„
durch das ³/₄ Freibett in	2	„
teilweise vom Kranken, teilweise von der Krankenkasse bezw. Behörde, Dienstherrschaft od. durch Wohltätigkeit in	81	Fällen

Die Übersicht über die behandelten Krankheitsformen ergab 1911:

1. Peripherische Nerven- und Muskelkrankheiten, organische Erkrankungen des Zentralnervensystems (darunter besonders Rückenmarkschwindsucht, Gehirnarterienverkalkung, multiple Sklerose, halbseitige Lähmung, Lues des Zentralnervensystems) . . . . . 11,1 %
2. Neurosen [die häufigsten der Reihenfolge der Häufigkeit nach: konstitutionelle Neurasthenie (93), Hysterie (77), Depression bei konstitutioneller Psychopathie (73), konstitutionelle Psychopathie (59), traumatische Neurose (53), erworbene Neurasthenie (52), Zyklothymie (32), Zwangsneurose (26), einfache erworbene Nervosität und Erschöpfung (25), klimakterische Neurose (24), chronischer Alkoholismus (19), Basedowsche Krankheit (16) usw.] 75,8 %
3. Psychosen . . . . 10,9 %
4. Innere Krankheiten (darunter Herzinsuffizienz (9) . . . . 2,2 %

Die Zahl der Kranken mit seelischen Störungen (Psychosen im engeren Sinne) hat also erheblich abgenommen, wie dies auch dem Wunsch der Heilstätten-Leitung entsprach.

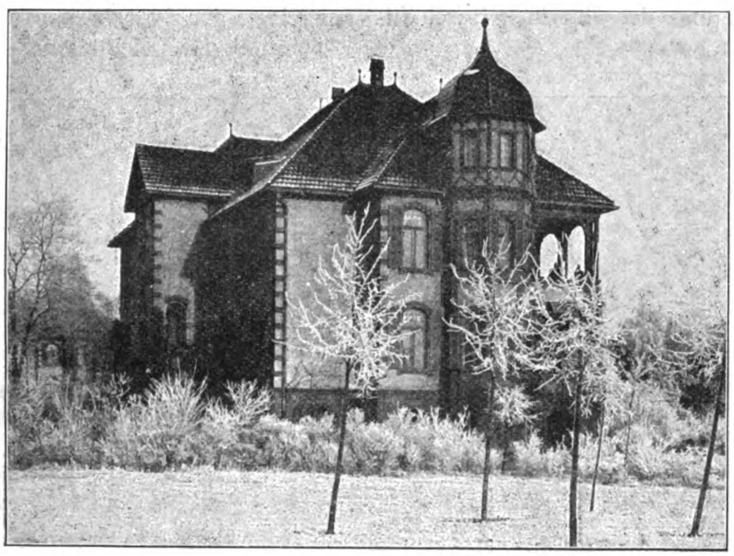


Abb. 4. Altes Männerhaus.

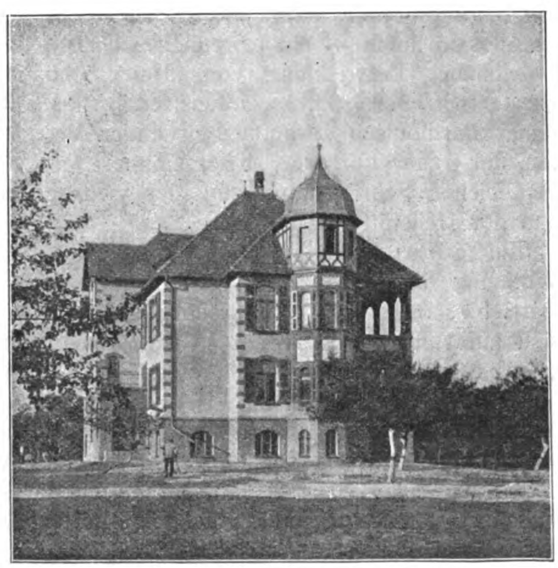


Abb. 5. Südfront des Frauenhauses.

Die Poliklinik wurde von 175 Kranken aufgegesucht.

Im Jahre 1911 konnten 24 769,50 M für Verpflegungsgeld-Ermäßigungen und Freibetten aufgewendet werden; darunter sind 10 884,90 M Betriebseinnahmen der Heilstätte, 6102,60 M aus dem Freibettenfonds, 6000 M Zuschuß aus der Vereinskasse und 1782 M Spenden privater Wohltäter.

Auch der Rechnungsbericht der Damengruppe weist ein recht erfreuliches Ergebnis auf. Der Bericht über die Tätigkeit dieser Gruppe läßt die vorzügliche Organisation, die unermüdliche, rührige Tätigkeit und die reichen Erfolge insbesondere in der Leitung der einzelnen Beschäftigungsarten erkennen.

Stallung, Umzäunung, Obstbäumen und Gartenanlagen für 36 500 M erworben. Die Baulichkeiten boten Raum für 16 bis 20 arbeitende Pensionäre und für die Familie des Verwalters.

Es wurden eine Baracke, ein Asbest-Schiefer-Pavillon für 4 Kranke mit Bade- und Schwesternzimmer für etwa vorkommende Infektionskrankheiten, ein Direktorwohnhaus, ein Pförtnerhaus, ein Zentralbad, Gewächs- und Erdhaus, Luft- und Sonnenbäder eingerichtet, die maschinellen Anlagen wurden ergänzt und vervollkommnet, das Anstaltsareal durch Landerwerb arrondiert usw. Es wurde ein Pensionsfonds für die Angestellten angelegt, der 1911 bereits über 25 500 M betrug. Apparate für elektrische, mediko-mechanische,

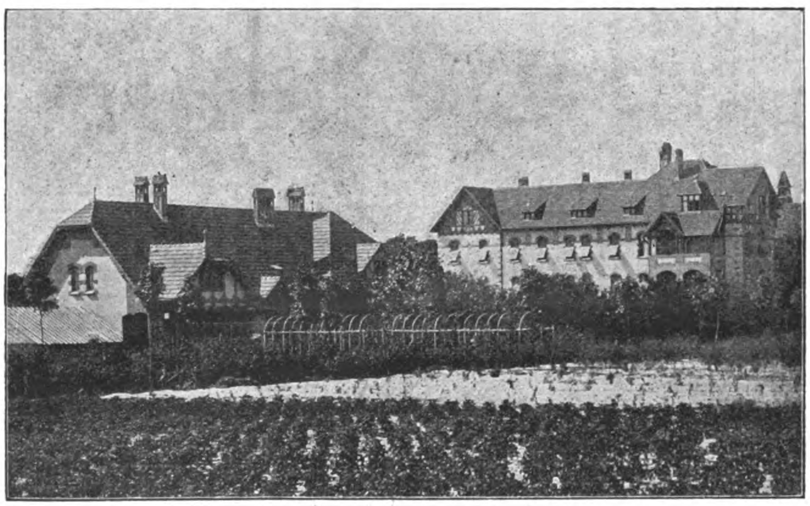


Abb. 6. Gewächshaus. Wirtschaftsgebäude. Neues Männerhaus.

gymnastische und andere Heilmethoden wurden angeschafft.

Alles in allem — ein erfreuliches Bild stetiger gedeihlicher Entwicklung von „Haus Schönow", ernsten Strebens und schaffensfreudigen Fleißes seiner harmonisch zusammenwirkenden Angestellten, und treuer Fürsorge seiner Gönner.

Gleichen Schritt damit ging der weitere Ausbau der Heilstätte.

Ein drittes Krankenhaus für 34 Plätze nebst Wohnung für Arzt und Pflegepersonal wurde in Betrieb genommen; die Herstellungskosten beliefen sich auf rund 155 000 M. Für den Zweck einer „Arbeitsbetriebsstätte" für Genesene, denen der Übergang in ihre Berufsarbeit erleichtert, die Sorge um Unterkommen und Verdienst abgenommen werden soll, bis sie ihre volle Arbeitskraft wiedererlangt, eine passende und sichere Arbeitsgelegenheit gefunden haben", wurde 1905 der „Birkenhof", ein Grundstück von 1 ha 02 ar Größe mit geräumigem, villenartigen Gebäude,

Auch zu allem diesen flossen die Hilfsmittel und Spenden reichlich, ein Beweis für das große Maß von Anerkennung und Vertrauen, welches sich „Haus Schönow" in der kurzen Zeit des Bestehens erworben hatte. Die Landes-Versicherungsanstalt Berlin gab ein Darlehn von 90 000 M zu 3%, die Kreissparkasse Teltow ein solches von 50 000 M zu 3½%. Von größeren Spenden verdienen erwähnt zu werden: 40 000 M aus dem Jakob Plautschen Nachlaß auf Beschluß des Familienrates dem Verein überwiesen, 15 000 M von einer nicht genannten Wohltäterin, 20 000 M von einem ungenannten Wohltäter, rd. 22 650 M zum Erwerb einer Landfläche von einer anderen ungenannten Wohltäterin, die vorher schon durch ihre Spenden die Erweiterung des Treibhauses ermöglicht hatte, weiter von ungenanntem Wohltäter 12 000 M; von

der Jakob-Plaut-Stiftung nochmals eine Spende von 10 000 M; von einer ungenannten Wohltäterin 2000 M für den Pensionsfonds, ein Vermächtnis Ludwig Wilhelm Siepermanns von 10 000 M, von Frau Paula Jakob 2000 M, von Dr. Paul Bergmann 2088 M, von Frau Emma Nelke 10 500 M, von Martin Schwartz 15 000 M, abgesehen von den vielen übrigen, nur im Verhältnis zu diesen Gaben kleineren, aber an sich reichen Spenden von 1000, 500 usw. Mark. Dazu kamen freiwillige Beiträge von Kommunen und die Jahres-Beiträge der Mitglieder, jährliche Freibettstiftungen der Herren Berl, M. Meyer und Pariser, und einer ungenannten Gönnerin, die Freibettstiftung von Frau Direktor Anna Hanke, Frau Anna Bergmann usw. usw. Ein Grundstück von 32 ar 92 qm, welches an das Gelände der Heilstätte grenzt, ist von Geh. Rat Heinrich Laehr dem Verein unentgeltlich als Eigentum überlassen worden. Dank dem weitgehenden Entgegenkommen der Erben Heinrich Laehrs und der opferfreudigen Mithilfe der Gönner der Heilstätte konnten 1911 1 ha 82 ar (= annähernd 7 1/2 Morgen) zu einem nicht unwesentlich ermäßigten Preise hinzuerworben werden.

Bauten und Einrichtung der Heilstätte einschließlich „Birkenhof" haben im ganzen rd. 830 000 Mark gekostet. Dank der tatkräftigen Unterstützung durch ihre hochherzigen Gönner und dank der sparsamen Verwaltung ruhte 1911 als einzige Schuldenlast auf der Heilstätte nur eine Hypothek von 290 000 M, nämlich das von der Landesversicherungsanstalt Berlin zu 3% gewährte Darlehn.

„Haus Schönow" beschränkt sein Wirken nicht auf den engen Rahmen der Anstalt. Nachdem man schon in den ersten Jahren entlassenen Kranken den Übergang in die Berufsarbeit mit Erfolg dadurch erleichtert hatte, daß sie gegen freie Station für eine Reihe von Monaten als Gehilfen einzelnen Betrieben der Heilstätte zuerteilt wurden, auch geeigneten, in der Nähe der Heilstätte wohnenden Patienten gestattete, täglich in die Anstalt zu kommen und an dem geordneten Leben in derselben Teil zu nehmen, um sie auf diese Weise vorwärts zu bringen, wurde die Organisation eines Stellen- und Arbeitsnachweises auf breiter Grundlage in die Wege geleitet, um den Entlassenen die Wiedererlangung eines Erwerbes zu ermöglichen.

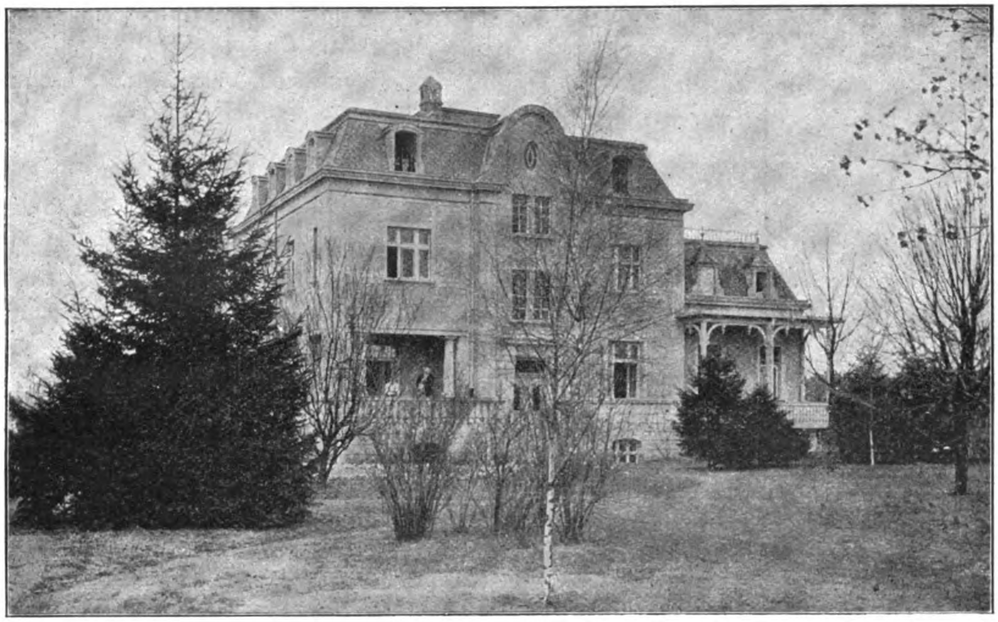


Abb. 7. Birkenhof.

Daß die Beschäftigung der Kranken in sorgfältigster und ausgiebigster Weise nach ärztlichen Grundsätzen geregelt und organisiert ist, bedarf keiner besonderen Erläuterung. Die hierbei in Haus Schönow gewonnenen Erfahrungen hat der Direktor der Heilstätte, Prof. Dr. Max Laehr in einem Aufsatz in der Wiener klinischen Wochenschrift 1906, Nr. 52, niedergelegt. Der gesundheitliche und Heilwert der nützlichen, geregelten Beschäftigung für Nervenkranke wird in den

Berichten der Heilstätte immer wieder hervorgehoben. Es wurde an dem Grundsatze festgehalten, diejenigen Kranken als für die Behandlung in der Heilstätte ungeeignet zu entlassen, welche entgegen der ärztlichen Überzeugung jeden Versuch, sich nach irgend einer Richtung hin in nützlicher Weise zu beschäftigen, dauernd und ohne Grund ablehnten.

Im Jahre 1911 wurden 53 kürzere und 56 eingehende ärztliche Gutachten über Kranke der Heilstätte abgegeben für die verschiedensten Behörden, darunter 24 für Berufsgenossenschaften.

Zahlreiche Behörden, Verwaltungen und Vereine, welche mit ähnlichen Projekten wie Haus Schönow oder überhaupt mit Krankenhausbauten befaßt waren, schickten ihre Kommissionen nach dieser Heilstätte, um sich über deren Einrichtung und Organisation zu informieren, mit denen „Haus Schönow", selbst eine Quelle von Segen und Wohltat, in der Tat für die meisten späteren Volks-Nervenheilstätten vorbildlich geworden ist.

Daß dem so ist, das verdankt „Haus Schönow" den Männern, die einst den Grundstein zu dieser Anstalt legten und den Gedanken, die Gründung einer Heilstätte für wenig- und unbemittelte Nervenkranke, zur Tat werden ließen; „ . . . . unter ihnen ragte Heinrich Laehr hervor, der Gelehrte und Menschenfreund" „ . . . ihm erschien die Gründung dieser Anstalt als ein Lebensziel" . . . . so sagte der Vorsitzende des Kuratoriums Generalstabsarzt der Armee Exzellenz von Schjerning in seiner Weiherede bei der Feier des 10 jährigen Bestehens der Heilstätte und der Einweihung des Gedenkbrunnens für den verewigten Heinrich Laehr.

Der Bericht über das Jahr 1912 gibt Zeugnis von der stetigen und günstigen Weiterentwicklung und dem erfolgreichen Wirken der Heilstätte „Haus Schönow".

Der Andrang von Kranken war so stark, daß fast täglich mehrere Aufnahmegesuche unberücksichtigt oder auf spätere Zeit verschoben werden mußten. Im Jahre 1912 wurden 848 Kranke aufgenommen, 850 entlassen, und zwar 645 geheilt resp. gebessert, 204 ungebessert; einer starb. Der Bestand war am 31. Dezember 1912: 102 Kranke (59 männl., 43 weibl.).

In die Reihe der Gönner und Gönnerinnen der Heilstätte wurde durch den Tod manche schmerzliche Lücke gerissen; Frau von Melle, die den ersten Baustein zur Verwirklichung des Projektes dem verewigten Heinrich Laehr übermittelte, Fräulein Melanie von Stryk, die durch die hochherzige Beisteuer eines großen Kapitals seinerzeit die Errichtung der Anstalt zu einem wesentlichen Teil ermöglicht hat, Wirkl. Geheimer Rat Köhler, Rentier Max Meyer, Oberbürgermeister Kirschner u. a. sind dahingegangen.

Die hilfbereite Mitwirkung und das Interesse der Freunde der Anstalt dauert aber fort; der Kreis der Gönner hat sich erweitert. So konnte z. B. der unabweisbar notwendig gewordene umfangreiche Erweiterungsbau des Festsaals mittels einer großen Spende eines unbekannt sein wollenden Gönners ausgeführt werden.

Der Vorstand der Heilstätte besteht gegenwärtig aus den Herren: G. Ule, Präsident der Justizprüfungskommission, Vorsitzender, Ludwig Berl, Schatzmeister, Prof. Dr. Roth, Potsdam, Reg.- und Geh. Med.-Rat.

Das Kuratorium wird gebildet von den Herren: Exzellenz Prof. Dr. v. Schjerning, Generalstabsarzt der Armee, Vorsitzender, Dr. Fr. Bumm, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat, Präsident des Kaiserl. Gesundheitsamts, stellvertr. Vorsitzender, F. Schweitzer (Zehlendorf), Schriftführer, G. Erdmann, Kgl. Baurat, A. Marggraff, Geheimer Regierungsrat, Stadtrat von Berlin, Prof. Dr. C. Moeli, Geh. Obermedizinalrat, Professor Dr. Oppenheim, Oskar Nelke, Stadtverordneter, Siegmund Schwitzer, Direktor des Schaaffhausenschen Bankvereins.

* * *

Die Heilstätte Rasemühle bei Göttingen, der hannoverschen Provinzialverwaltung gehörig, verdankt ihre Entstehung einer Anregung des im Jahre 1912, leider zu früh, verstorbenen Professors der Psychiatrie an der Universität, und Direktors der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen, Geheimen Medizinal-Rats A. Cramer. Als es sich darum handelte, für diese Anstalt eine ausreichende Wasserversorgung zu beschaffen und dies nur durch Erwerb der Rasemühle bei Göttingen mit ihren Quellen möglich war, der Ankauf des kostspieligen, sonst für die Provinz nicht zu erwerbenden Grundstücks lediglich für obigen Zweck eine zu teure Sache schien, schlug Cramer vor, das Grundstück zur Errichtung einer Volksnervenheilstätte für Minderbemittelte zu verwenden. Er führte namentlich folgendes aus: Die Vorteile, die eine solche Anstalt bringt, liegen weniger auf einem rein ziffernmäßig zu belegenden und zu umschreibenden finanziellen Gebiete, trotzdem fällt das Fi-

nanzielle dabei schwer ins Gewicht. Man muß sich nämlich darüber klar sein, daß oft ein wenig bemittelter Nervöser, welcher keine Gelegenheit zur Wiederherstellung seiner Gesundheit findet, chronischem Geistessiechtum verfällt und jahrzehntelang, bis zu seinem Tode verpflegt werden muß, ganz abgesehen von dem ideellen und materiellen Wert, welcher durch Verfall in chronische Geistesstörung und Einbuße der Erwerbsfähigkeit dem kranken Individuum und seiner Familie verlorengeht.

Eine Reihe ausgezeichneter und weitsichtiger Männer nahm sich sofort mit großer Wärme dieser Idee an, vor allem der Landeshauptmann der Provinz Hannover, Lichtenberg, der zusammen mit den anderen Mitgliedern des Provinzialausschusses und der dazu gewählten Kommission: Geheimrat Thilemann, Senator Holtermann, Oberbürgermeister v. Linsingen, Dr. Knüppling, Hofbesitzer Degen, alle die schwierigen rechtlichen und verwaltungstechnischen Fragen so geschickt bearbeitete, daß nach seinen streng sachlichen, eingehenden Darlegungen im Landtage an der Durchführbarkeit des Projektes kein Zweifel mehr sein konnte. Landrat Heinichen in Göttingen förderte das Projekt nachhaltig, indem er öffentlich und im Stillen dafür arbeitete und manche Hindernisse aus dem Wege räumte. Das ausgezeichnete Referat des Oberbürgermeisters Fürbringer im Landtage über die klaren Darlegungen des Landeshauptmanns Lichtenberg und die warme Befürwortung durch mehrere Landtagsmitglieder, vor allem aber die begeisterte Rede, welche Cramer selbst im Landtag über die Bedeutung der Volksnerven-Heilstätten für die Verhütung von Geisteskrankheiten hielt, abgedruckt in dieser Wochenschrift Band V. 1903, Seite 37, bewirkten, daß das Projekt mit großer Majorität angenommen wurde. Da der Provinz durch Wasserabgabe aus den überreichlichen Quellen der Rasemühle nicht unbeträchtliche Einnahmen erwachsen werden, so konnte dem Sanatorium eine ganz besonders günstige finanzielle Lage vorausgesagt werden.

Am 29. September 1903 erfolgte die feierliche Einweihung des Provinzial-Sanatoriums für Nervenkranke Rasemühle bei Göttingen. Cramer hat in dieser Wochenschrift eine Beschreibung (Band V, 1903, Seite 284) der neuen Heilstätte gegeben.

Die idyllische Lage, die vortreffliche Einrichtung und die niedrigen Verpflegungssätze, nämlich 4 Mark für die I. und 2,50 Mark für die II. Verpflegungsklasse, bewirkten, daß schon bei der Inbetriebnahme der Heilstätte nicht nur aus der Provinz Hannover, sondern auch aus anderen Teilen Deutschlands zahlreiche Anmeldungen vorlagen.

Nebenher sei bemerkt, daß durch das starke Gefälle eine Turbine von 18 Pferdekräften getrieben wird, welche die Energie für die in der Heilstätte zu Licht und Maschinenbetrieb benötigte elektrische Kraft liefert. Das Sanatorium liegt von der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen 5 km entfernt. Vom Bahnhof Göttingen ist es zu Fuß in einer Stunde, zu Wagen in einer halben Stunde zu erreichen.

Rasemühle hat jetzt über 100 Plätze. Die Zahl der im Laufe eines Jahres Verpflegten beläuft sich auf ca. 570. Es gehören zur Heilstätte rd. 30 ha Land. Neuerdings sind die Verpflegungskosten pro Tag auf 5,50 für die I. Klasse (für Nicht-Hannoveraner 6,50), und auf 3,50 Mark für die II. Klasse erhöht worden. Leitender Arzt der unter Oberleitung der Direktion der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt, jetzt Geheimer Medizinal-Rat Dr. E. Schultze, stehenden Heilstätte ist gegenwärtig Oberarzt Dr. Quaet-Faslem.

Auf dem IV. internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke, Berlin 1910, hat Cramer über Erfolge und Notwendigkeit von Volksnerven-Heilstätten berichtet und ihre Bedeutung für die Verhütung von geistiger Erkrankung von neuem dargetan. (Offizieller Bericht des Kongresses, Seite 160, Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.) In diesem Sinne verfaßte ich 1905 meine Schrift: Wie beginnen Geisteskrankheiten? (Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.)

Der Deutsche Verein für Psychiatrie, der fast sämtliche deutschen Irrenärzte und zahlreiche Nervenärzte umfaßt, hatte bereits im Jahre 1903 im Anschluß an einen Vortrag Cramers eine Resolution gefaßt, welche die Errichtung von Volksnerven-Heilstätten als ein dringendes Bedürfnis hervorhebt. (Diese Wochenschrift 1903 Bd. V Seite 240.)

* * *

In der Rheinprovinz begannen diese Bestrebungen 1899. Sanitätsrat Dr. von Ehrenwall, Sanitätsrat Dr. Peretti, Dr. Hoffmann, Dr. Pohl gaben die Anregung. 1901 nahm sich der rührige Bergische Verein für Gemeinwohl der Sache an. Es konstituierte sich am 21. März 1903 die Gesellschaft m. b. H. „Rheinische Volksheilstätten für Nervenkranke". Die Landesversicherung Rheinprovinz gewährte ein Darlehn von 480 000 Mark; das nach einem Voranschlag über die Kosten einer Heilstätte

noch fehlende Kapital von 120 000 Mark war bald durch Anteilzeichnungen und Geschenke gesichert, welche sogar den Betrag von 121 000 Mark einbrachten. (So berichtet Sanitätsrat Dr. Peretti in dieser Wochenschrift 1903 Band V Seite 277.)

Geh. Kommerzienrat W. Boeddinghaus in Elberfeld schenkte für die Heilstätte ein Grundstück von 100 Morgen auf einer Anhöhe im Bergischen Lande, bei Leichlingen (Station der Bahn Cöln-Elberfeld) gelegen, zum größten Teil aus Wald bestehend, das allen Anforderungen hinsichtlich Klima und hygienischer Verhältnisse entsprach. Zu obigen 121 000 Mark kamen noch Zeichnungen zur freien Verfügung der Gesellschaft in Höhe von insgesamt 23 000 Mark.

Am 28. Mai 1906 erfolgte die feierliche Einweihung und Eröffnung der Nervenheilstätte Roderbirken bei Leichlingen durch Kommerzienrat Wittenstein in Barmen, Vorsitzenden des Bergischen Vereins für Gemeinwohl, in Gegenwart des Oberpräsidenten der Rheinprovinz und zahlreicher Vertreter hoher Behörden. Der Oberpräsident hob in seiner Ansprache hervor, daß Seine Majestät der Kaiser lebhaften Anteil an der Errichtung dieser Anstalt genommen habe.

Ihr Chefarzt Dr. Ernst Beyer, der schon 1904 in einem Aufsatz „Zum allgemeinen Bauprogramm der Nervenheilstätten" in dieser Wochenschrift (Band VI Seite 236) einige Punkte prinzipieller Natur behandelt hatte, veröffentlichte in derselben Zeitschrift (Band VIII 1906 Seite 79 und 91) das Programm für die speziellen Aufgaben der Heilstätte Roderbirken. Darin kommt zum Ausdruck, daß einerseits ausgesprochen psychisch Kranke gänzlich, chronische unheilbare Formen der Nervenschwäche von der Anstalt möglichst ferngehalten, dagegen ihre Pforten auch Rekonvaleszenten und Erholungsbedürftigen, mit Ausschluß Tuberkulöser und sonstiger Kranken mit Infektionskrankheiten, geöffnet werden sollen. Diesem Gesichtspunkte konnte und mußte um so eher Rechnung getragen werden, als die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz für 80 % der Betten die Garantie übernahm, indem sie dieselben zur Durchführung des Heilverfahrens gemäß § 18 des Invalidenversicherungsgesetzes benützt, wobei sie sich natürlich nicht auf ganz bestimmte Krankheitsformen beschränken lassen darf. Die nervöse Erschöpfung im weitesten Sinne, also die mehr oder weniger akute erworbene Neurasthenie, das ist es, was die Volksnervenheilstätte hauptsächlich zu behandeln hat. Es fehlt der Raum, die sonstigen vortrefflichen Gedanken Beyers hier wiederzugeben, z. B. die Bemerkungen über das Schlagwort „Arbeitstherapie", wobei er, den Wert der nützlichen Beschäftigung für Nervenkranke und Kranke überhaupt selbstverständlich betonend, ihre Stellung zur Heilbehandlung richtig präzisiert und vor übertriebenen Auffassungen warnt.

Die Heilstätte Roderbirken, 2,5 km vom Städtchen Leichlingen entfernt, wurde nach den Plänen des Architekten Christian Gebhardt in Elberfeld ausgeführt. Sie bietet Platz für 145 Kranke und ist nur für weibliche Kranke bestimmt. Die Baukosten betragen rund 900 000 Mark; davon wurden 13 Bauten errichtet: Verwaltungsgebäude, Wirtschaftsgebäude, Kessel- und Maschinenhaus, 4 Krankenpavillons, Beamtenwohnhaus, Stall- und Remisengebäude, Gewächshaus, Pumpwerk, Wasserturm, Kläranlage; außerdem Quellwasserleitung, Kanalisation, Telephonanlage usw.

Am 1. Januar 1909 ist Roderbirken in den Besitz der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz übergegangen. Die Gesellschaft „Rheinische Volksheilstätten für Nervenkranke", die Gründerin und bisherige Besitzerin der Heilstätte, ist bestehen geblieben und verwendet die Zinsen ihres Kapitals dazu, den in Roderbirken aufzunehmenden Nervenkranken im Bedarfsfalle Zuschüsse zu den Pflegekosten zu gewähren, also den Minderbemittelten die Aufnahme in die Heilstätte zu erleichtern, was bis dahin noch nicht in wünschenswertem Maße möglich gewesen war. So berichtete Beyer in einem Aufsatze „Nervenheilstätte, Sanatorium und Irrenanstalt" in dieser Wochenschrift (1909 Band XI Seite 229). Dieser Wechsel der Dinge birgt in sich die erfreuliche Tatsache, daß man auf dem Gebiet der Invalidenversicherung, in Widerlegung früherer landläufiger Ansichten, gerade mit dem Heilverfahren bei Nervenkranken gute Erfolge aufzuweisen gehabt hat.

Mit dem Eintreten der Landesversicherungsanstalten und größerer Krankenkassenverbände für die Frage der Volks-Nervenheilstätten ist, worauf auch Beyer hinweist, nur für einen Bruchteil der unbemittelten Nervenkranken die Heilstättenfrage gelöst, ganz abgesehen davon, daß die Landesversicherungsanstalten nur nach dem Gesichtspunkt etwa vorhandener Invalidität oder Erwerbsunfähigkeit und nur für eine bestimmte Zeit die Fürsorge übernehmen. Die Nervenheilstätte aber, welche im Möbiusschen Sinne ihre Kranken von Anfang an und grundsätzlich unter dem Gesichtspunkt wirtschaftlicher Wiederherstellung behandelt, nämlich durch die Anleitung der Kranken zur Betätigung, als wesentliche Eigenart des Betriebes der Nervenheilstätte, — diese Nervenheilstätte ist,

so sagt Beyer („Die Nervenheilstätte im Dienste der Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung", in dieser Wochenschrift 1911 Band XII Seite 411), die rechte Bundesgenossin für die Versicherungen. Alle sich hieraus für die weitere Entwicklung der Nervenheilstättenfrage ergebenden Momente allgemeiner Natur hat Beyer in den angeführten Aufsätzen erörtert: gerade Roderbirken bot Gelegenheit, Erfahrungen hierüber zu sammeln. Auch hier zeigte es sich, daß Ärzte und Laien glaubten, Geisteskranke „in die Nervenheilstätte" schicken zu dürfen. So haben sich die Bezeichnungen verschoben. Für Geisteskranke möchten deren Angehörige die Bezeichnung „Nervenkranke" angewandt wissen, und ein wirklich Nervenkranker nimmt es schon übel, wenn er

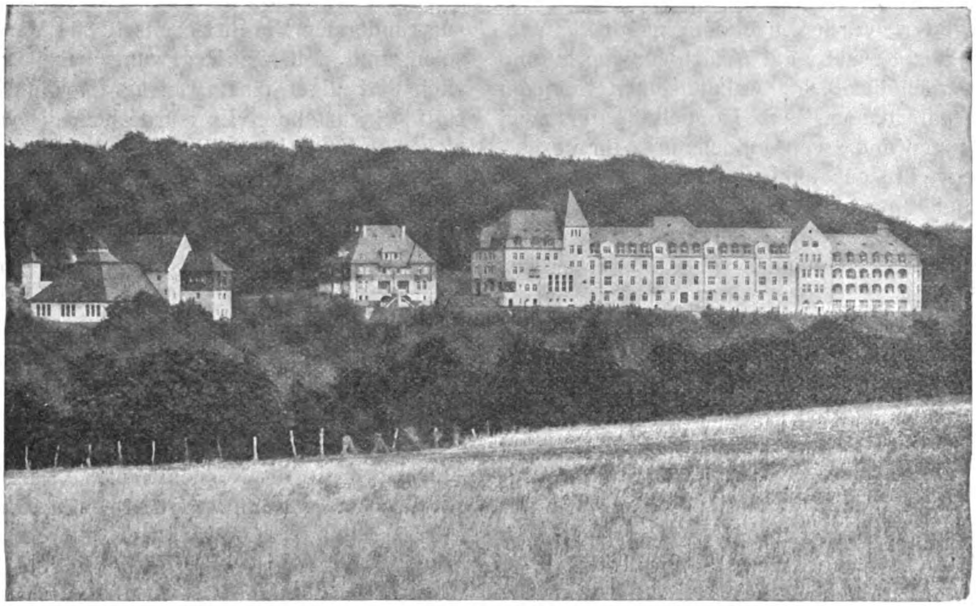


Abb. 8. Roderbirken (Männerabteilung).

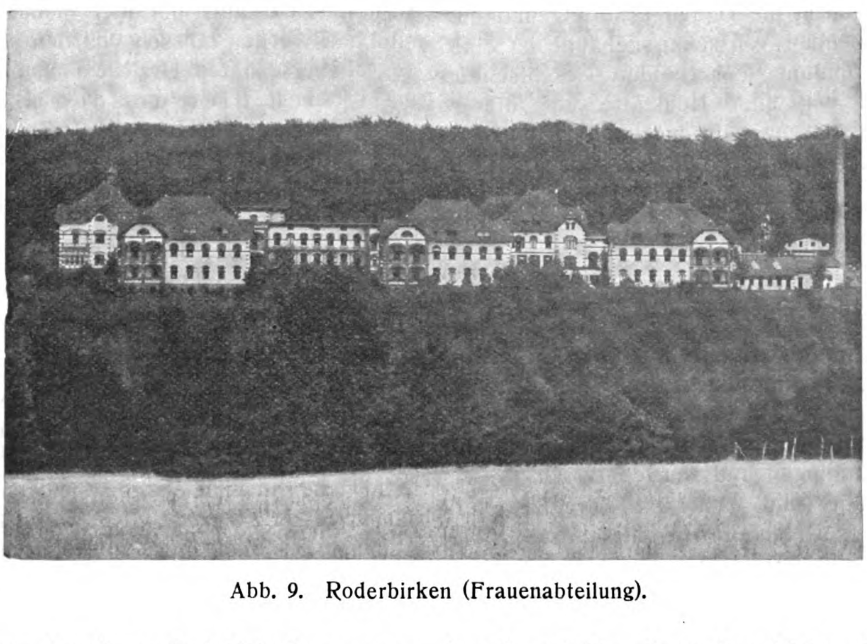


Abb. 9. Roderbirken (Frauenabteilung).

als „nervenkrank“ bezeichnet wird; er will nur krank sein, er lehnt es weit ab, zu den „Nervenkranken“ gerechnet zu werden!

Im Jahre 1912 ist Roderbirken durch den Bau einer Abteilung für männliche Patienten erweitert worden, nachdem zuerst die Vergrößerung des Kessel- und Maschinenhauses und Wirtschaftsgebäudes, die Anlage einer Seilbahn zum Materialtransport, eine Doppelvilla für zwei Arztwohnungen und zwei Doppelhäuser für verheiratete Angestellte ausgeführt worden waren. Das Hauptgebäude ist ein 119 m langer Bau, durch drei Treppenhäuser in 4 Abteilungen zerlegt, welcher am Südabhange des Geländes am Rande eines Buchenwaldes sich erstreckt. Außer 80 Krankenzimmern mit 150 Betten und den nötigen Tagesräumen und Unterhaltungszimmern wurde eine große Badeabteilung für die physikalische Therapie eingerichtet, ferner Werkstätten zur Beschäftigung der Kranken. Der westliche Gebäudeteil enthält einen großen und einen kleinen Speisesaal mit Garderoben und Anrichteküchen, in den oberen Stockwerken die Wohnungen der Assistenzärzte, Schwestern und Dienstboten. Den ärztlichen Untersuchungszimmern reihen sich an ein Behandlungsraum, Laboratorium und Bibliothek.

Der gesamte wirtschaftliche Betrieb wird einheitlich besorgt und untersteht dem Chefarzt. Wie bei der Frauenabteilung wurde auch für die Männer ein etwa 100 Morgen großes bewaldetes Gelände eingefriedigt. Durch die Bodengestaltung und die dazwischen liegenden Wirtschaftsgebäude ist eine vollständige Trennung der beiden Geschlechter hergestellt, die bei einer Heilstätte von dieser Größe und Lage strengstens durchgeführt werden muß. (Psychiatrisch-neurolog. Wochenschr. XIII, S. 220.)

* * *

In Baden konstituierte sich 1904 für die Errichtung einer Volksnervenheilstätte ein Komitee, bestehend aus Ministerialdirektor Dr. Glockner-Karlsruhe, Obermedizinalrat Hauser-Karlsruhe, Geheimer Rat Schüle-Illenau, Hofrat Dr. Determann-St. Blasien, Medizinal-Rat Dr. Fuchs-Emmendingen und Nervenarzt Dr. Neumann-Karlsruhe, und zwar auf Anregung der letztgenannten drei Herren. In einer am 14. Mai 1904 unter dem Vorsitz des Ministerialdirektors Dr. Glockner im Rathaussaal zu Karlsruhe abgehaltenen Konferenz sprachen Dr. Determann, Fuchs und Neumann über Zweck und Bedeutung der Volksnervenheilstätten, über Organisation und Finanzierung, Bau, Ausstattung und Betrieb einer solchen Anstalt. Eine große Anzahl von Personen aus hohen Beamtenkreisen, Ärzten, Landtagsabgeordneten und Vertretern von Krankenkassen nahmen an der Versammlung teil. Ministerialdirektor Dr. Glockner teilte mit, daß für den zu gründenden Verein bereits 12 000 Mark zugesagt seien, und daß die Regierung bereit sei, in das nächste Budget einen Betrag für die Nervenheilstätte einzustellen. Es wurde beschlossen, daß das bisherige Komitee die Führung der Geschäfte übernehmen und Schritte zur Entwicklung des Vereins und Förderung der Sache tue. Im Dezember desselben Jahres waren bereits 30 000 Mark durch Beiträge gesammelt; die Regierung hatte 50 000 Mark in Aussicht gestellt. (Die oben erwähnten Vorträge von Hofrat Dr. Determann und Medizinalrat Dr. Fuchs sind veröffentlicht in dieser Wochenschrift 1904 Band VI Seite 313 und 321, der von Dr. Neumann in dem Bericht über obige Versammlung, herausgegeben vom Verein „Badische Volksheilstätte für Nervenkranke", Karlsruhe 1904. darin sind auch die Vorträge von Fuchs und Determann abgedruckt. Außerdem verweise ich auf Neumanns Ausführungen in dieser Wochenschr. Band IV S. 513.)

Dem kräftigen Eintreten des Ministerialdirektors Dr. Glockner verdankt der Verein die klaren und praktischen Vereinssatzungen und den Beitritt vieler Vereinsmitglieder. Der Verein arbeitet weiter an dem Zustandekommen des Planes und es steht zu hoffen, daß auch in Baden nichts wird zurückgenommen werden müssen von den schönen Worten des obenerwähnten Dr. Neumann: „Es handelt sich hier um den Beweis, daß wir der Aufgabe der wahren, höchsten Kultur gewachsen sind, der Aufgabe, die nicht nur darin besteht, stets an der Spitze zu marschieren, sondern darin, auch die Schwachen unter uns tragen zu können und trotzdem an der Spitze zu marschieren.“

Mittlerweile ist ein Sonderausschuß zur Ausarbeitung eines genauen Bauplans gebildet worden, bestehend aus Med.-Rat Dr. Max Fischer, Direktor der Landesanstalt Wiesloch, Hofrat Prof. Dr. Determann, St. Blasien, und Regierungsbaurat Stürzenacker. M. Fischer hat im Auftrag des Volksnervenheilstätten-Vereins eine Studienreise gemacht. Der Bau beginnt im Etatsjahr 1914/15.

Auch in Baden kam Mildtätigkeit und Verständnis für die Sache in Spenden von ansehnlicher Höhe zum Ausdruck, so schenkte Kommerzienrat Reiß (Mannheim) 5000 M, Geh. Rat Ed. Arnold (Wannsee) 500 M,

Geh. Rat Fr. Friedländer (Berlin) 400 M, ein Ungenannt 2000 M und ein Bazar und ein Gartenfest, von Hofrat Dr. Determann in St. Blasien veranstaltet, erzielten 11 700 M.

* * *

Im Sinne einer Volksnervenheilstätte ist auch die am 16. Juli 1905 eröffnete Nervenabteilung der großherzoglichen Psychiatrischen Klinik in Jena errichtet. Der vier Stockwerke umfassende Bau ist in 3 Etagen an den nach Osten und Süden gelegnen Seiten mit Veranden umgeben. Erbaut mit einem Kostenaufwande von ca. 90 000 M, enthält der Neubau Raum für 40 Kranke. In dem Neubau wird auch die Poliklinik für psychisch und nervös Kranke abgehalten.

Die neuerrichtete Nervenabteilung ist vornehmlich dazu bestimmt, jener großen Klasse nervös angegriffener, in der Hast und in dem Kampf ums Dasein in ihren Leistungen zusammengebrochener Menschen Aufnahme zu gewähren, welche nur durch methodisches, in der Neuzeit ausgebildetes Heilverfahren wieder leistungsfähig gemacht werden können.

Außerdem ist die Nervenabteilung für epileptisch und hysterisch Kranke bestimmt, doch nur zu Heilzwecken, nicht zur Unterkunft.

Aufnahme für Geisteskranke ist auf dieser Abteilung ausgeschlossen.

Die Aufnahme von Patienten beschränkt sich nicht allein auf Angehörige des Großherzogtums Sachsen, sondern es können auch Nicht-Weimaraner aufgenommen werden.

Die Verpflegung erfolgt nach zwei Klassen und betragen die Verpflegungskosten täglich in der I. Klasse 7 M (Zimmer allein) resp. 6 M (Zimmer mit zwei Patienten); in der II. Klasse 4 M.

Bei Angehörigen des Großherzogtums Sachsens ermäßigen sich die Kosten um täglich 1 M.

* * *

Die Lührmann-Stiftung in Essen. Die Stadt Essen verdankt den Besitz einer Heilanstalt für Nervenkranke der hochherzigen Stiftung ihres Bürgers Edmund Lührmann, geb. zu Essen am 15. Februar 1845. Im Jahre 1903 stiftete Lührmann für ein solches Nervensanatorium 250 000 M. Schon am 16. Juli 1907 konnte das neue Haus eingeweiht und seiner Bestimmung übergeben werden. (Ich entnehme dies und die folgenden Angaben dem Aufsatz: Die Nervenkrankenfürsorge der Stadt Essen. Von Dr. W. Baumann, leit. Arzt des städtischen Erholungsheimes für Nervenkranke „Lührmannstiftung". Ztschr. f. d. Neur. u. Psych. XV. Lührmann stiftete später noch weitere Summen, so daß heut neben dem völlig eingerichteten Heim im Wert von über 200 000 M noch ein Kapital von ca. 1/4 Million Mark mit einem Zinsertrage von 13 500 Mark zur Verfügung steht, welche letzteren teils im Betrieb verbraucht, teils zum Kapital geschlagen werden, das später eventuell zur Vergrößerung des Heims dienen soll.

Die „Lührmann-Stiftung" ist das erste städtische Sanatorium für Nervenkranke. Es ist gedacht zur Aufnahme des gebildeten und erwerbstätigen Mittelstandes, dem die Mittel für die teueren Privatsanatorien fehlen; Personen aus dem Arbeiterstande können im allgemeinen nicht aufgenommen werden.

Es werden behandelt alle funktionellen und organischen Nervenleiden, nervöse Zustände bei Blutarmut, Unterernährung, Fettsucht, Herzkrankheiten und chronischen Verdauungsstörungen, und nervöse Dyspepsie.

Die Lührmannstiftung liegt im Südwesten der Stadt Essen, auf welligem bewaldetem Terrain, inmitten ausgedehnter Garten- und Parkanlagen. Sie ist vom Zentrum der Stadt in einer knappen halben Stunde zu erreichen, die Entfernung von der Haltestelle der elektrischen Bahn beträgt ca. 15 Minuten. Den Rauch und Ruß der entfernteren Schlote spürt man hier nicht, zumal an 300 Tagen des Jahres Südwestwind herrscht: Zechen und Fabriken gibt es hier nicht, Luft und Temperatur haben den Charakter eines milden Seeklimas. In dem Heim können zur Zeit 30 Patienten Raum finden. Es besteht aus zwei Flügeln, einer Herren- und einer Damenabteilung, die im I. Geschoß durch den gemeinsamen Speisesaal, im II. durch die Wohnung des Arztes von einander getrennt sind. Aus Rücksicht auf das Ruhebedürfnis der Nervenkranken hat jeder Patient sein Zimmer für sich; oder es werden nur 2 Patienten in einem Zimmer untergebracht. Im Erdgeschoß befinden sich: Duschenraum, Wannenraum, Raum für elektrische und medizinische Bäder, elektrisches Lichtbad, ärztliches Warte- und Beratungszimmer mit den elektrotherapeutischen Apparaten (Galvanisieren, Faradisieren, Franklinisieren, Hochfrequenzapparate, Vibrationsmassage), Aufnahmebureau, Wirtschaftsräume und Küche, letztere in einem Anbau. Im I. Geschoß außer den Krankenzimmern Speisesaal, Konversationszimmer, Musikzimmer, Billardzimmer, Bibliothek, im II. Geschoß Krankenzimmer, 2 Badezimmer und, wie angegeben, die Arztwohnung; letztere wird nach Fertigstellung des ge-

planten Arzthauses auch zu Krankenzimmern verwandt werden. Liegehallen sind angebaut. Ein Luftbad steht in der Nähe zur Verfügung.

Der Pensionspreis beträgt vom 1. Oktober bis zum 30. April für einheimische Patienten I. Klasse 4,50 M, für die II. Klasse, in Zimmern mit zwei Betten, 3,50 M, vom 1. Mai bis 30 September 5,50 bezw. 4 M; für Auswärtige etwas mehr. — Alkohol wird im Hause nicht verabreicht.

Baumann erwartet, daß unter der neuen Reichsversicherungsordnung eine Heilstätte wie die Lührmannstiftung besonders für nervöse Privatangestellte eine zweckmäßige Einrichtung sein wird.

(Schluß folgt.)

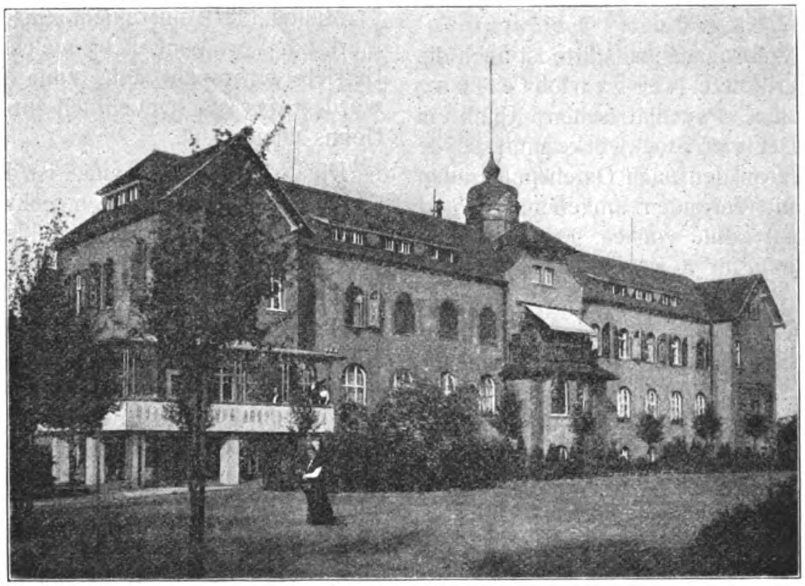


Abb. 10. Erholungsheim Lührmannstiftung.

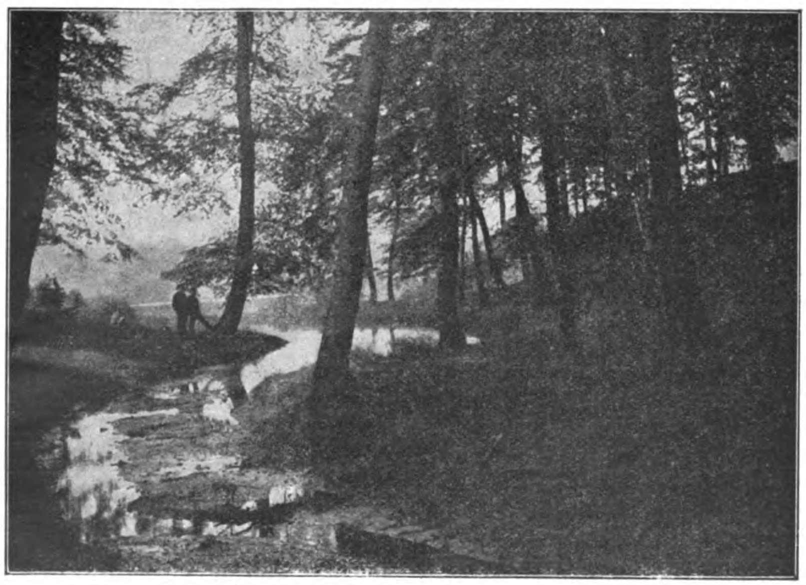


Abb. 11. Partie aus dem Park der Lührmannstiftung.

Aus den Kückenmühler Anstalten in Stettin.

Psychiatrie und Stomatologie.

Von Oberarzt Dr. **P. Jödicke.**

Es ist aus der Entwickelung unserer medizinischen Wissenschaft ohne weiteres verständlich, daß Hand in Hand mit der besseren Erkenntnis einiger Krankheitsgruppen einzelne Spezialfächer mehr und mehr aus der Gesamtdisziplin herauswachsen und mit den Jahren eine immer stärker hervortretende Trennung herbeiführen mußten. Diese notwendige Spaltung erklärt sich einerseits aus dem tieferen wissenschaftlichen Eindringen in einzelne Gebiete, in anderen Fällen wiederum war sie durch die zur Erreichung einer ärztlichen Höchstleistung erforderliche verfeinerte Technik bedingt. Indessen darf der Spezialist nicht den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin verlieren, denn auf dieser fußt er, von dieser hängt er ab, wie das Kind von der Mutter. Ebenso finden sich allenthalben Übergänge von einem Fach zum andern. Kein medizinisches Gebiet ist in sich so abgeschlossen, daß sich nicht hier und da markante oder zuweilen auch weniger stark hervortretende anderweitige Beziehungen feststellen ließen. Und diese sind besonders mannigfaltiger Natur in der Psychiatrie. Wir wissen, daß sich seelische Vorgänge häufig nur in der Verknüpfung mit körperlichen Erscheinungen verstehen lassen. Diese Grundsätze sind wohl längst Gemeingut aller Ärzte geworden. Ja, es hat heutigentags zuweilen den Anschein, als ob sich diese allzusehr in den Vordergrund drängten, ihnen einen über jedes kritische Maß hinausgehenden Wert beimäßen. Ich denke dabei an die Bossischen Ausführungen, ohne daß ich eine eingehende Widerlegung an dieser Stelle für nötig erachte.

Diese allgemeine Wertschätzung der einzelnen medizinischen Disziplinen ist den Geisteskranken und -abnormen besonders in den letzten Jahren seit der Einführung einiger Anstaltsärzte in Spezialfächer zugute gekommen. Nur die Zahn- und Mundpflege hat bisher mit verschwindend wenigen Ausnahmen keine oder geringe Berücksichtigung gefunden. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß für diese Sonderstellung der Mangel an einschlägigem Unterricht vor allem während der Universitätszeit verantwortlich gemacht werden muß. Indessen gewinnt der Wunsch nach Erhaltung des früher dem Verderben überlassenen Gebisses auch hier stets an Verbreitung, wie ja überhaupt unsere heutige Kultur dem einzelnen psychisch kranken Individuum mehr Interesse entgegenbringt. In Amerika, dem Mutterlande der Zahnheilkunde, hat man dieser Bedeutung insofern längst Rechnung getragen, als eine regelmäßige, geordnete Zahnbehandlung in allen Hospitälern für Geisteskranke mit an erster therapeutischer Spitze steht. In Österreich hat man ebenfalls die Konsequenzen gezogen und durch die neue Studienordnung seit dem Jahre 1908 die Zahnheilkunde für die Studierenden der Medizin obligatorisch eingeführt. Bei uns in Deutschland werden hoffentlich durch den jetzigen Maturitätszwang für Zahnheilbeflissene ähnliche Verhältnisse geschaffen werden; wie sich ja auch in unseren Tagen schon praktische Ärzte in immer steigendem Maße in diesem Spezialfach betätigen.

Auf die bekannte Erscheinung, daß gerade in psychiatrischen Anstalten auffallend viele Kranke mit mangelhafter oder kranker Zahnstellung und -bildung angetroffen werden, ist schon mehrfach hingewiesen, bildet doch im allgemeinen die Wertschätzung eines tadellosen Gebisses bei geistig reduzierten Individuen eine untergeordnete Rolle. Es ist ohne weiteres verständlich, daß besonders bei schweren Verblödungsprozessen, tiefstehenden Idiotien, stuporösen Zuständen Hand in Hand mit dem geistigen Tiefstand in der Regel eine hochgradige Vernachlässigung des ganzen Körpers wie im speziellen der Zahnpflege einhergeht. Neben Kieferanomalien finden sich nicht selten faulende, stinkende Zahnreste, Wurzeleiterungen, enorme Zahnsteinbildung.

Daß fernerhin kariöse Zähne die Eingangspforte hier und da für alle möglichen pathogenen Bakterien bilden können, ist mehrfach einwandfrei nachgewiesen. Außer anderen Infektionen hat diese Ansteckungsmöglichkeit eine besondere Bedeutung gegenüber der Tuberkulose, der verheerendsten und ausgebreitetsten aller Seuchen. Eine möglichst feine Verkleinerung der Speisen durch ein gut funktionierendes Gebiß ist die Grundbedingung für den normalen Ablauf der Verdauung. Der Hospitalismus findet vielfach hierin seine Erklärung. Viele Geisteskranke schlingen, verschlucken die gereichte Nahrung in großen Stücken, ruinieren außerdem noch ihre Zähne durch Benagen und Zerbeißen aller möglichen festen Gegenstände. Andere wiederum, vor allem Melancholiker, abstinieren, vernachlässigen Mund, Zähne, den ganzen Organismus. Daß diese geistig und körperlich heruntergekommenen

Individuen einen leichten Angriffspunkt für alle möglichen Krankheitserreger, besonders gastrointestinaler Art bieten, muß aus Gesagtem ohne weiteres einleuchten. Wenn anerkanntermaßen schon bei gesunden Menschen die Verbreitung von Zahnkrankheiten auf dem flachen Lande sowohl wie in der Stadt bedenkliche Dimensionen angenommen hat, so gelten diese Sätze in hervorragender Weise für Psychisch-Kranke. Neben der vielfach falschen Ernährung üben hier die oben angeführten Momente einen deletären Einfluß aus, was Wunder, wenn wir unter diesen Pat. so gut wie kein einziges fehlerloses Gebiß mehr antreffen. So ergab die entsprechende verwandschaftlichen Beziehungen der Dementia praecox und der Schlafkrankheit. Beide Krankheitsformen machen sowohl durch ihren paroxystischen Verlauf wie durch den katatonen Symptomkomplex zuweilen diagnostische Schwierigkeiten. Ob allerdings in der Tat manche Fälle von Jugendirresein mit Infektion irgendeiner Trypanosomenspezies in Beziehung zu bringen sind, wie obiger Autor meint, mag dahingestellt sein. Jedenfalls müssen diese Hypothesen einen Grund mehr bilden, einer schärferen Beobachtung der Mundhöhle das Wort zu reden. Entgegen den bisherigen Gepflogenheiten verdient die

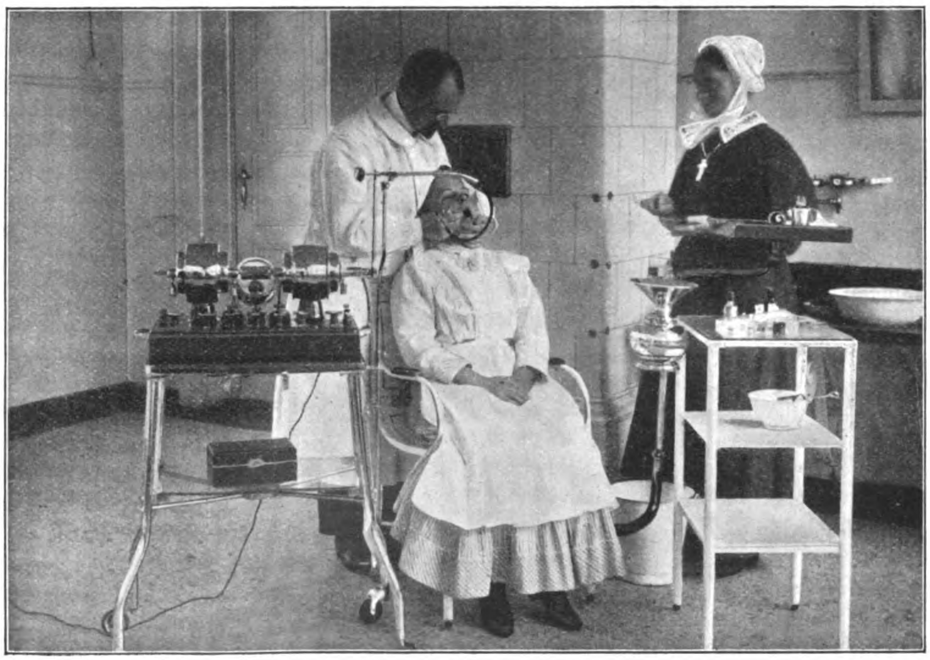


Abb. 1.

Untersuchung auf unserer Abteilung Kückenmühle für Schwachsinnige unter 685 Personen nur 2 gesunde Zahnverhältnisse, während auf den Kopf 11,6 fehlende oder kariöse Zähne kamen.[1])

Weiterhin hat Bresler[2]) vor einiger Zeit die Vermutung ausgesprochen, daß gelegentlich harmlose Saprophyten der Mundflora pathogene Eigenschaften annehmen und vielleicht die Ursache mancher Geisteskrankheiten bilden könnten; eine Anschauung, die durchaus nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen ist, wissen wir doch, daß sich z. B. die Spirochaeta pallida kaum oder nicht von der Spirochaeta dentium morphologisch differenzieren läßt. Bresler erinnert an die klinisch Zahnpflege bei Geisteskranken meiner Meinung nach eine größere Berücksichtigung.

Diese Erwägungen haben Veranlassung gegeben, unsere Aufmerksamkeit in steigendem Maße diesem Spezialgebiet zuzuwenden. In prophylaktischer und therapeutischer Hinsicht war es unsere erste Aufgabe, die zunehmende Zahnfäulnis möglichst hintanzuhalten. Wir haben dementsprechend für jeden Patienten eine eigene Zahnbürste und einen eigenen Emaillebecher angeschafft. Beide Teile werden auf einem hölzernen Regal (s. Abb. 2) im Schlafzimmer aufbewahrt. Die Patienten werden dazu angehalten, jeden Abend ihre Zähne vor dem Zubettgehen mit gewöhnlichem Leitungswasser oder gegebenenfalls mit etwas Kochsalz als Zusatz zu reinigen. Bei Kindern oder dekrepiden,

[1]) Psychiatr.-Neurol. Woch. XIII. Jahrg. Nr. 4 S. 45.
[2]) Psychiatr.-Neurol. Woch. XIII. Jahrg. Nr. 28 S. 326.

schwächlichen Personen wird diese Prozedur von dem Stationspersonal ausgeführt. Schwierigkeiten ergeben sich eigentlich nur bei den Idioten besonders aus den ländlichen Bezirken, die häufig derartige urbane Maßregeln für höchst überflüssig halten. Mehr Verständnis und Sorgfalt zeigt dabei im allgemeinen das weibliche Geschlecht. Eine drohende Vernichtung der Zähne versuchen wir durch eine konservative Behandlung in unserer speziellen Poliklinik, die eigens für diese Zwecke eingerichtet ist, hintanzuhalten. Wir beschränken uns allerdings allein auf die gewöhnlichen, aber für unsere Absichten ausreichenden Füllungen mit

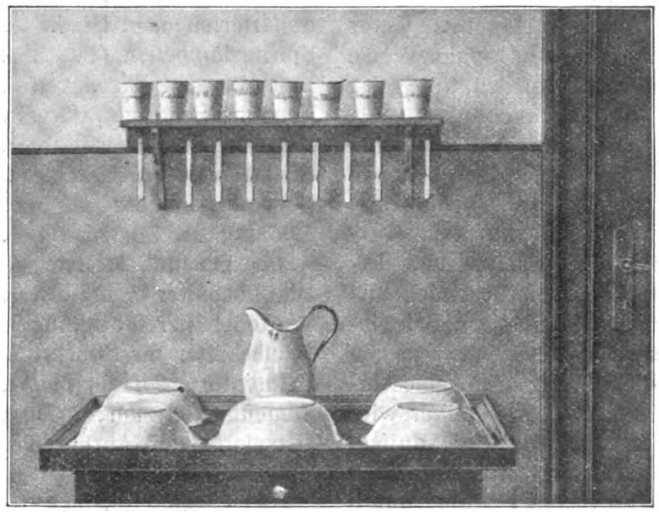


Abb. 2.

Zement und Amalgam; während Arbeiten, wie Brücken, künstliche Gebisse, d. h. solche die größere technische Fertigkeiten und teure Einrichtungen erfordern, nicht vorgenommen werden. Die Prinzipien, nach denen bei Präparation der kariösen Aushöhlungen der Zähne vorgegangen wird, sind chirurgischer Natur. Die Krankheitsherde werden mit dem Bohrer durch breite Eröffnung zugänglich gemacht, die erkrankten Partien entfernt und möglichst steril verschlossen, Die Erfahrung hat gelehrt, daß auf diese Weise Dauererfolge erzielt werden können. Die Füllung erfolgt nach bewirkter Exkavierung mit einem der gebräuchlichsten plastischen Materialien, wie sie aus jedem Dentaldepot zu beziehen sind. Etwas höhere Anforderungen werden an das Können und die Geschicklichkeit des Arztes gestellt, wenn es sich um Erkrankung der Pulpa handelt. Hierbei sind unbedingt ausreichende Kenntnisse in der Wurzelbehandlung notwendig. Es kann selbstverständlich nicht in meiner Absicht liegen, an dieser Stelle die Zahnbehandlung in kurzen Umrissen darzustellen. Interessenten verweise ich auf die einschlägigen Lehrbücher von Mayrhofer,[3]) Preiswerck[4]) u. a. Kann aus irgend welchen Gründen die Hinzuziehung eines Zahnarztes in einer psychiatrischen Anstalt nicht in Frage kommen, so empfiehlt sich die Ausbildung eines Anstaltsarztes in diesem Fach. Bei der Kenntnis der physiologisch-pathologischen Verhältnisse dürfte ein mehrwöchentlicher Kurs in einer Universitätsstadt zur Erlernung der technischen Fertigkeiten durchaus ausreichen. Jedenfalls sollte sich die Unterweisung der Ärzte in den öffentlichen Irrenanstalten auch auf dieses Gebiet erstrecken.

Die Einrichtung einer solchen zahnärztlichen Abteilung kann ohne bedeutende Unkosten bewerkstelligt werden. Wenn ans pekuniären Gründen die Anschaffung eines eisernen Drehstuhles unmöglich ist, kann auf leichte Art und Weise an jedem einigermaßen stabilen Stuhle eine entsprechende Kopfstütze für einen billigen Preis und ein Attachement für Instrumtententisch, Wasserglas und Spucknapf befestigt werden. Zur Bewegung der Bohrmaschine eignet sich am besten elektromotorische Kraft. Wir haben diese an unseren Multostaten durch eine einfache Konstruktion, wie sie ohne weiteres aus der Abb. 2 ersichtlich ist, angeschlossen. Treffen diese Bedingungen nicht zu, so ge-

---

[3]) Kurzer Leitfaden der Zahnfüllung. Verlag Fischer, Jena 1910. Preis 2 M.

[4]) Lehrbuch und Atlas der Zahnheilkunde mit Einschluß der Mundkrankheiten. Verlag Lehmann, München. Preis 14 M.

nügt die bekannte Fußtritt-Bohrmaschine, die ja in den früheren anspruchsloseren Jahrzehnten allgemein im Gebrauch war. Die Kosten dieser Teile, der notwendigen Instrumente, Chemikalien und Füllungsmaterialien habe ich am Schlusse meiner Ausführungen übersichtlich zusammengestellt. Wir ersehen daraus, daß eine solche Abteilung den Etat nicht allzusehr belasten dürfte. Die laufenden, nicht bedeutenden Ausgaben können dadurch bestritten werden, daß die Anstaltsleitung von den zahlungsfähigen Pensionären für jede Inanspruchnahme einen entsprechenden Beitrag erhebt. Diese Einrichtungen stehen selbstverständlich den Anstaltsangestellten und ihren Familien nicht zu ihrer freien Verfügung. Unter freier Krankheitsbehandlung können loyaler Weise nur die Leiden verstanden werden. die der jeweilige Anstaltsarzt zu behandeln vermag. Je nach der Anzahl der besser situierten Klienetelschaft dürfte sich in nicht seltenen Fällen das angewandte Kapital amortisieren lassen. Je höher der Kulturkreis, desto mehr werden derartige Einrichtungen geschätzt und benutzt. Dementsprechend haben wir besonders bei unseren Schwachsinnigen häufig insofern Schwierigkeiten zu überwinden, als diese mit wenigen Ausnahmen nicht aus freien Stücken um eine Untersuchung ihres Gebisses bitten. Epileptiker wiederum verlangen zuweilen kategorisch die Entfernung irgendeines schmerzenden Zahnes, auch wenn sie auf die Möglichkeit einer Erhaltung durch Plombierung hingewiesen werden. Ob der mit der Extraktion verbundene mehr oder weniger starke Blutverlust als toxinbefreiender Aderlaß wirkt, sei dahingestellt. Daß in der Tat größere Blutungen epileptische Anfälle hintanhalten können, haben wir einige Male beobachtet. Ein Epileptiker mit mehrstündiger Aura blieb nach einer beträchtlichen Venäsektion anfallfrei, ein anderer wiederum, der sich die A. radialis des rechten Handgelenks aufschlitzte und fast pulslos aufgefunden wurde, verlor auffallenderweise nach dieser Verletzung mehrere Wochen seine epileptischen Paroxysmen. Im großen und ganzen haben wir mit unserer, seit zwei Jahren bestehenden zahnärztlichen Einrichtung durchaus zufriedenstellende Resultate erzielt. Die ständige Abnahme endemischer Magen-Darmkatarrhe dürfte nicht zuletzt eine unausbleibliche Folge dieser Maßnahmen sein.

Zusammenstellung einer für die Bedürfnisse einer psychiatrischen Anstalt ausreichenden zahnärztlichen Einrichtung nebst Angabe der Kosten (Durchschnittspreise).

Tretbohrmaschine mit Oberteil und Handgriff	M 92,50
Stahldrahtbürste	„ 2,50
Kopfstütze, an jedem Stuhl anzubringen	„ 15,—
Attachement mit Speinapf und Wasserglas	„ 42,—
Winkelstück Nr. 2	„ 15,—
Zahnsonden, 2 Stück	„ 3,—
Zahnpinzetten, 2 Stück	„ 3,—
Zahnspiegel mit Metallgriff, 4 Stück	„ 6,—
Separierfeilen, 1/2 Dtzd.	„ 3,—
Spirituslämpchen	„ 1,50
Luftbläser	„ 3,—
Krumme Schere	„ 2,—
Zahnspritze (Record)	„ 8,50
Schmelzmesser, 2 Stck.	„ 3,—
Nervkanalsonden:	
a) glatt, 1 Dtzd.	„ 2,—
b) gezähnt, 1 Dtzd.	„ 3,—
Wattebehälter	„ 2,75
Wattebehälter für Abfall	„ 2,75
Glasbehälter für Bohrer	„ 3,75
Exkavatoren, 4 Stück	„ 2,40
Zementspatel zum Anrühren	„ 1,50
Glasplatte zum Anrühren	„ 0,50
Spatel:	
a) gerade, 2 Stück	„ 2,—
b) gebogene, 2 Stück	„ 2,—
Amalgamlöffel zum Erwärmen	„ 1,50
Amalgammörser aus Glas mit Stempel	„ 1,50
Amalgamträger, 2 Stück	„ 2,—
Eine Portion Quecksilber, chemisch gereinigt	„ 2,50
Bohrer in verschiedenen Formen, 50 Stück	„ 10,—
Eine Portion Dentin oder Fletscher mit Flüssigkeit	„ 3,—
Zwei Portionen Zement Nr. II und III	„ 6,—
Eine Unze Kupferamalgam	„ 1,50
Eine Unze Silberamalgam	„ 4,50
Eine Unze Gold-Silberamalgam	„ 5,50
Zahnreinigungs-Instrumente, 5 Stck.	„ 5,—
Dappengläser, 3 Stck. in 3 verschiedenen Farben	„ 1,—
Scheibenträger	„ 0,50
Eine Schachtel Sandpapierscheiben	„ 1,—
Watterollen, 1000 Stck.	„ 3,—
Papierservietten, 1000 Stck.	„ 5,—
Chemikalien, für zirka	„ 15,—
	Sa. M 291,15

Die körperlichen Störungen bei der Dementia praecox.

Von Dr. **Johann Michel**, Hilfsarzt an der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt zu Bayreuth.

(Fortsetzung.)

Blut. und Liquor cerebrospinalis.

Nachdem man für die Paralyse in Form der Wassermannschen Reaktion ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel erlangt hatte, lag es nahe auch bei der Dementia praecox nach ähnlichen Symptomen zu fahnden. So haben denn Much und Holzmann eine Reaktion bekannt gegeben, die nach ihren Angaben sich bei Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein regelmäßig finden soll, außerdem aber nur in einigen Fällen von Imbezillität und Epilepsie sowie bei Personen, in deren Familie Dementia praecox und manisch-depr. Irresein nachweisbar ist. Sie bezeichneten das gefundene Symptom als „Psychoreaktion." Sie besteht darin, daß das Serum von Kranken genannter Art die Auflösung von roten Blutkörperchen durch Kobragift hemmt, so daß unter gewissen Versuchsbedingungen keine Hämolyse zustande kommt. — Die Reaktion wurde von zahlreichen Forschern nachuntersucht und größtenteils nicht bestätigt gefunden. Einerseits zeigte nur ein Teil der Fälle mit Dementia praecox positive Reaktion, andrerseits war sie auch bei anderen sowohl geistigen wie körperlichen Erkrankungen, ja sogar bei nicht belasteten Gesunden vorhanden; dagegen fanden sie einige Untersucher regelmäßig in bestimmten Stadien der Dementia praecox. Nachfolgende Tabelle möge einen Überblick geben über die bis jetzt veröffentlichten Resultate:

Autor	Zahl der Fälle	+ %	— %	? %	bei anderen Krankheiten	Bemerkungen
Stilling	50	44	56	—	—	5 Hebephrenien, 8 Katatonien, sonst einfache Dementia praecox.
Eisner u. Kronfeld	19	58	42	—	—	
Beyer u. Wittneben	56	50	36	14	+	Bei Hebephrenie u. Katatonie 66 % +. „ Dementia praecox paranoides 29 % +.
Nitzsche, Schlimpert u. Dunzelt	105	54,3	45,7	—	+	73 abgelaufene, 22 noch akute Fälle; 5 Fälle von Dementia paranoides. Kein Unterschied zwischen den einz. Formen
Schultz	28	57	18	25	+	
Plaut	5	20	80	—	+	
Hübner und Selter	?	50	50	—	+	

Ehrlich, Pförringer, Landsberger, Alt, Hirschl, Bonfiglio, Fränkel, Kathe und Bierotte. Dagegen teilt Geißler mit, daß er die Psychoreaktion in 100% der Fälle positiv gefunden habe, wenn er das Blut zur Zeit ausgesprochener Erregung oder Depression entnahm, während bei Stupor, gemütlicher Stumpfheit und Endzuständen seine Resultate schwankend waren. Von den Angaben Muchs in Bezug auf Erblichkeit konnte er sich nicht überzeugen.

Auch andere serologische Untersuchungen sind bei Dementia praecox in großer Zahl ausgeführt worden. Kentcheff will in 25% der Fälle positiven Wassermann gefunden haben, eine Angabe, die sehr der Nachprüfung bedarf; auf diese Tatsache gestützt glaubt Soukhanoff annehmen zu dürfen, daß die Syphilis in der Ätiologie der Dementia praecox eine Rolle spielt. — Dide und Sacquépée prüften den Gehalt des Blutserums an Alexinen; sie fanden die Menge derselben auffallend gering und führten die Neigung der Schizophrenen zu Septikämien darauf zurück. Auch Mikroben wollen sie bei Dementia praecox im Blute gefunden haben. — Levis Bruce konstatierte im Beginn der Krankheit in 70% der Fälle ein Agglutinin, das spezifisch sein soll für einen kurzen Streptococcus, welchen er aus dem Blute eines Katatonikers isoliert haben will. Die letztgenannten Forscher halten also die Krankheit für eine infektiöse. —

Es ist ersichtlich, daß keiner der angegebenen Forscher die Angaben von Much und Holzmann bestätigen konnte. Zu ähnlichen Resultate kamen auch andere wie Kraus, Pötzl, Ranzi, Baccelli und Terni fanden, daß der opsonische Index leichte Schwankungen um die Norm aufweist. — Benedek und Deák stellten bei Versuchen an Kaninchen fest, daß das Paralytikerserum arm,

das Serum von Kranken mit Dementia praecox reich an Hämolysinantigenen sei, ferner daß die Erythrocyten der mit Paralytikerserum geimpften Kaninchen eine verminderte Resistenz gegen Sublimat aufweisen, während dieselbe durch Serum von Schizophrenen erhöht wird. — Jach untersuchte den Antitrypsingehalt des Blutes und fand bei Dementia praecox mittelstarke Vermehrung der antitryptischen Kraft des Blutserums; Erregungszustände schienen ihm darauf keinen Einfluß auszuüben. — Den Gehalt des Blutserums an Cholesterin und Oxycholesterin fand Righini in zwei Fällen, welche sich im Anfangs- bezw. im akuten Stadium der Krankheit befanden, vermehrt, während bei 14 chronischen Fällen die Werte nicht so hoch waren und nur viermal das Mittel überstiegen.

In neuester Zeit erwecken die Arbeiten von Fauser großes Interesse. Dieser prüfte nach dem Dialysierverfahren von Abderhalden, ob im Blute von verschiedenen Geisteskranken sich Stoffe finden, welche bestimmte Organe — hier Gehirn, Geschlechtsdrüsen und Schilddrüse — abzubauen vermögen. Er kam dabei zu dem Ergebnis, daß das Blutserum von Manisch-Depressiven niemals irgend eines der genannten Organe abbaut, daß das Serum von Paralytikern regelmäßig Gehirn, niemals Geschlechtsdrüsen und Schilddrüsen auflöst, während dasjenige von Schizophrenen meist Gehirn + Geschlechtsdrüsen, seltener Gehirn + Schilddrüse angreift. Bei Gesunden hat er eine Auflösung von Geschlechtsdrüsen niemals gefunden; Serum von Männern soll niemals auf Ovarien, das von Frauen niemals auf Testikel wirken. Andere Organe sind noch nicht in genügender Menge durchuntersucht. Ein definitives Urteil läßt sich über diese Frage noch nicht abgeben.

Ganz neuerdings[1]) wurden in der Erlanger Klinik im Anschluß an die Weichardtschen Arbeiten über Katalysatorenlähmung im Blut durch Eiweißzerfallsprodukte auf Weichardts Anregung hin diesbezügliche Versuche an Schizophrenen vorgenommen. Unter 20 Kranken zeigte sich bei 18 eine starke Hemmung, bei 2 Anregung der Katalysatorfunktion im Blut. Die letzteren 2 Fälle waren schon klinisch eigentümlich gelagert.

Gegenüber den serologischen und chemischen Untersuchungen des Blutes treten die übrigen mehr zurück; sie erstrecken sich auf das spezifische Gewicht, den Hämoglobingehalt, die Reaktion und Gerinnungsfähigkeit des Blutes sowie auf seine Formbestandteile.

Vorster fand bei manchen wohl der Dementia praecox zuzuzählenden Krankheitsformen einen Abfall sowohl des spezifischen Gewichtes des Blutserums wie des Hämoglobingehaltes; beide besserten sich mit Zunahme des Körpergewichtes und Besserung des psychischen Zustandes. — Die Alkalinität des Blutes ist nach Schultz bei der Dementia praecox nicht verändert; die Gerinnungsfähigkeit soll nach Bruce bei Katatonie und akuter Manie verringert sein.

Bevor ich auf die Formbestandteile übergehe, möchte ich eine Bemerkung von Schultz über die Deutung von Blutbefunden bei Dementia praecox einschalten; er sagt, daß dieselbe sehr schwierig sei, da jeder Fall bald durch schlechte Nahrungsaufnahme, bald durch verschobene Zirkulation infolge mangelhafter Bewegung andere Erklärungsmöglichkeiten zuläßt. Es muß also bei allen derartigen Untersuchungen große Vorsicht obwalten.

Bezüglich der Zahl der roten Blutkörperchen machte es Schultz den Eindruck, daß sie bei Verblödung etwas abnimmt, ohne den Hämoglobingehalt in gleichem Grade zu verändern. Auch Lundvall fand Verminderung der roten Blutkörperchen. Am Aussehen derselben stellten Pighini und Paoli nach einer besonderen Färbungsmethode Abweichungen fest. Sie fanden in 10 Fällen von Dementia praecox juvenile Erythrozytenformen, charakterisiert durch einen eigentümlichen, besonders gefärbten Nabel, welche sie sonst nur noch bei einem chlorotischen Mädchen und nach einem epileptischen Anfall, niemals bei Gesunden oder anderen Geisteskranken nachweisen konnten. — Im Beginn der Dementia praecox soll die Isotonie der roten Blutkörperchen verringert sein.

An den weißen Blutkörperchen fand Schultz keine auffallendere Veränderung. Auch Mackie konnte weder eine stärkere Abweichung noch einen Zusammenhang zwischen Blutveränderung und psychischem Zustand feststellen. Diesen Angaben stehen andere gegenüber. Pförtner hat in 90 Fällen mit wenigen Ausnahmen Abnahme der polynukleären Zellen und Zunahme der Lymphocyten gesehen. Die Prozentzahl der mononukleären und Übergangsformen fand er mit 58,4% der gesamten Untersuchungen gegen die Norm erhöht. Die eosinophilen Zellen waren nur in 15,3% der Fälle vermehrt, bei 43,2% unter der Norm, die Mastzellen in einigen Fällen vermehrt. Die Zahl der weißen Blutkörperchen im Kubikmillimeter war meist normal, in einigen Fällen vermindert (3600—6000). Einen Unterschied zwischen den verschiedenen Krankheitsformen der Dementia praecox fand er nicht. Zweimal fand er Blutkrisen und Hyperleukocytose:

[1]) Siehe den vorläufigen Bericht von Professor Dr. Specht auf der bayr. Psychiaterversammlung.

beidesmal handelte es sich um Fälle mit deliranter Verwirrtheit und psychomotorischen Störungen. — Bruce und Peebles fanden die weißen Blutkörperchen im Allgemeinen vermehrt; besonders sollen während der akuten Stadien die polynukleären Leukocyten und großen einkernigen Lymphocyten an Zahl ansteigen, um im Stupor und in den Endzuständen wieder abzusinken. — Dide und Chénais fanden Eosinophilie; Sandri fand leichte Zunahme der absoluten Zahl der Leukozyten und bei Katatonie eine erhebliche Vermehrung der einkernigen Formen, in frischen Fällen ebenso deutlich wie in chronischen. — Lundvall fand die Zahl der Leukozyten nicht verändert, dagegen sollen die Kranken „Blutkrisen" durchmachen, die sich in Hypoglobulie und Hyperleukozytose äußern und von ihm als Zeichen von Toxinanhäufung im Blute aufgefaßt werden. Sobald diese einen gewissen Grad erreicht hat, sollen die Reizerscheinungen auf psychischem Gebiete folgen. — Kuhn fand bei 10 Katatonikern niedere Leukozyten-, hohe Lymphozytenzahlen mit Eosinophilie; in zwei Fällen näherte sich das Blutbild mit eintretender Besserung dem normalen; in einem Falle von Katatonie mit an Heilung grenzender Remission trat eine Vermehrung der polynukleären Leukozyten von 43,2% auf 75,2% ein mit gleichzeitigem Schwinden der Eosinophilie. — Heilemann gibt als Werte bei 24 Fällen von Dementia praecox an: Lymphozyten 27—42% (statt 20 bis 25%), Leukozyten 56—44% (statt 65—70%), mononukleäre Zellen 11—5%, eosinophile Zellen 7 bis 4% (normal bilden letztere beiden Gruppen zusammen mit anderen nur 2—4%). Auch er fand keinen wesentlichen Unterschied zwischen einzelnen Formen der Dementia praecox, höchstens daß bei Katatonie die Eosinophilie etwas stärker war. Heilemann hatte den Eindruck, daß das Blutbild konform dem psychischen Zustande schwankte. Er macht übrigens auf die Ähnlichkeit des von ihm bei Dementia praecox festgestellten Blutbildes mit dem von Säuglingen aufmerksam. Krueger fand die Zahl der Leukozyten bei Hebephrenie in 70%, bei Katatonie in 44% erhöht; dabei soll eine Steigerung auf über 10 000 bei ersterer mehr als dreimal so häufig vorkommen als bei letzterer (34% bezw. 10%). Auch soll im Beginn der Krankheit die Hyperleukozytose öfter anzutreffen sein. Bezüglich der einzelnen Leukozytenformen kam er zu dem Resultat, daß bei mehr als 75% der Hebephrenen, dagegen nur bei 40% der Katatoniker eine Vermehrung der Lymphozyten über 30% vorhanden ist, während andrerseits bei nur 32% der Hebephrenen, dagegen bei 76% der Katatoniker die Zahl der eosinophilen Zellen gesteigert war. Die Steigerung betrug bei ersterer bis zu 15%, bei letzterer bis zu 21% der gesamten weißen Blutkörperchen. Die Stärke der Lymphozytose schien ihm bei Hebephrenie in einem ziemlich konstanten Verhältnis zur Intensität der Krankheitssymptome zu stehen.

An dieser Stelle mögen die Ergebnisse angefügt werden, welche bei der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis festgestellt worden sind. Zellen wurden in unkomplizierten Fällen weder von Wada und Matssumato (4 Fälle) noch von Harper Smith (30 Fälle) nachgewiesen, ebensowenig Eiweiß. Letzterer fand 7 mal Bakterien, nimmt aber selbst Verunreinigung an. — Pighini fand Cholesterin zur Zeit der heftigen Erscheinungen und bei Katatonie in 43% der Fälle; er erklärt das Auftreten desselben durch den Zerfall von Nervensubstanz (ebenso wie bei Paralyse und Epilepsie). — Die Wassermannsche Reaktion war in unkomplizierten Fällen immer negativ; eine Hemmung bei der Much schen Reaktion war nicht festzustellen.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Vom 16. Februar bis 8. März 1914 findet an der psychiatrischen Klinik in **München** der nächste **psychiatrische Fortbildungskurs** statt. Als Dozenten beteiligen sich mit den folgenden Stundenzahlen die Herren: Allers: Chemische Pathologie und Diäto-Therapie der Psychosen (7). Brodmann-Tübingen: Topographische Histologie der Großhirnrinde (10). Isserlin: Experimentelle Psychologie (7); Psychotherapie (5). Kraepelin: Psychiatrische Klinik (17). Liepmann-Berlin: Über aphasische, agno tische und apraktische Störungen (12). Plaut: Liquor- und Serumuntersuchungen (6); Demonstrationen zur forensischen Psychiatrie, einschließlich der psychiatrischen Jugendfürsorge (6). Rüdin: Über Entartung und über Vererbung geistiger Störungen (5). Spielmeyer: Anatomische Grundlagen der Geisteskrankheiten (14). Weiler: Psychopathologische Untersuchungsmethoden (8).

Zahl der Vorlesungsstunden 97. Honorar 61,— M. Anmeldungen an Herrn Privatdozent Oberarzt Dr. Rüdin, Nußbaumstraße 7, München.

Im Herbst 1913 findet kein Fortbildungskurs statt.

Neuheiten aus ärztlicher Technik und Krankenpflege.

I. „Ein neues Gärungs-Saccharometer nebst Bemerkungen über einen praktischen Thermostaten und Dauerhefe." Von Dr. Eickhoff, Paderborn. Med. Klinik 1913, Nr. 19, S. 763.

Dieser neue Apparat vermeidet den Nachteil, schwer gereinigt werden zu können, ferner die Notwendigkeit, einen Brutofen besitzen zu müssen, ohne welchen die Vergärung bei Zimmertemperatur bis zu 24 Stunden und länger dauert, und ist den Polarisationsapparaten an Genauigkeit gleichwertig, dabei erheblich billiger.

Der aus Glas gefertigte Apparat besteht aus zwei Teilen, die durch konisch geschliffene und eingefettete Flächen in Verbindung gebracht werden. Der untere Teil stellt den Fuß des Apparates dar; er enthält einen Hohlraum, den Gär-Raum, der mit der zu vergärenden Flüssigkeit beschickt wird. Der obere Teil dient als Manometer; er ist ein mit Quecksilber gefüllter Zylinder, in dessen Mitte sich ein graduiertes Steigrohr befindet, das den Zuckergehalt in Prozenten anzeigt. Der Boden des Zylinders wird durch ein feines, unter einer kleinen Kuppe mündendes Röhrchen durchbrochen; durch dieses wird die im Gär-Raum entwickelte Kohlensäure auf das Quecksilber geleitet. Durch die Kohlensäure wird bei stattfindender Gärung das Quecksilber verdrängt und in das Steigrohr getrieben. Der Einstellung des Nullpunktes dienen zwei kleine, in den konischen Flächen befindliche Öffnungen. Ein drucksicherer Verschluß des Gär-Raumes wird durch eine seitliche, mit der Fußplatte fest verbundene, rostfreie Feder bewirkt. Die Benutzung des Apparates gestaltet sich demgemäß äußerst einfach.

Man kann den Apparat während der Gärung in ein Wasserbad bringen, noch bequemer in einen Thermostaten, der nach dem Dewarschen Prinzip eigens für das Gärungs-Saccharometer angefertigt ist.

Die lästige Abhängigkeit von der Beschaffung frischer Hefe wird vermieden durch Benutzung des von der Deutschen Dauerhefegesellschaft in Berlin hergestellten Dauerhefepräparates „Florylin", das fadennudelförmig, dauernd haltbar und tropensicher ist und die Gärkraft bester frischer Hefe besitzt. Die erzielten Resultate waren gleichmäßiger als bei frischer Hefe aus verschiedener Quelle. Es ist keine Aufschwemmung der Hefe nötig, wie bei frischer Hefe, sondern es werden einfach Stückchen des „Florylins" dem zu vergärenden Urin zugesetzt, nämlich für Zuckerwerte bis 0,5% ein Stückchen von 0,5 cm Länge, für Zuckerwerte von 0,5 bis 1,5% ein Stückchen von 1 cm Länge, und darüber hinaus von 2 cm Länge. Bei Werten bis 0,3% (an der Skala) werden für die Selbstgärung der Hefe 0,1 % abgezogen.

Dieses als Gebrauchsmuster gesetzlich geschützte Gärungs-Saccharometer wird von der Firma Meyer, Petri & Holland in Ilmenau fabriziert.

II. Einfacher qualitativer und quantitativer Zuckernachweis im Harn mittels der Gärungsprobe. Von Dr. August Gause in Frankfurt a. M. Deutsche medizin. Wochenschr. 1913, Nr. 37.

Es handelt sich um ein „graduiertes Reagenzglassaccharometer für Zuckergehalt 0,1 bis $>$1% (24stündige Gärung). Zu beziehen bei De Bachfeld & Co., Frankfurt a. M.

Der Zuckerprozentsatz der 24stündigen Gärungsresultate kann bereits nach kurzer Zeit mit großer Wahrscheinlichkeit, nach ein- und mehrstündiger Gärung (das zwölfstündige Gärungsresultat ist nur wenig kleiner als das 24stündige) mit ziemlicher Sicherheit abgelesen werden. Nach 24 Stunden ist das Resultat durchaus zuverlässig und kann zur Kontrolle jedes auf anderem Wege berechneten Resultates bezüglich der Zuckermenge dienen.

III. Ein verbesserter Gehapparat für Ataktische und partiell Gelähmte („Kompensator-Gehapparat") (durch D. R. G. M. geschützt). Von A. Eulenburg, Berlin. Med. Klinik 1913, Nr. 18. Verfertiger St. Sachs. Charlottenburg, Kantstr. 47.

St. Sachs hat sein längst allgemein anerkanntes und angewendetes „lenkbares Gehrad" in der Richtung ausgestaltet, daß der Apparat auch für Ataktische und zur kompensatorischen Übungstherapie geeignet ist. Nach Eulenburg ist er auch für partiell Gelähmte, bei zahlreichen Formen schlaffer und spastischer Lähmungen von Kindern und Erwachsenen verwendbar und nützlich. Neu ist besonders eine Anzeigevorrichtung; durch das Ablesen an der Einstellvorrichtung wird dem Kranken die Gestalt seiner Gehbahn fortdauernd zum Bewußtsein gebracht und das mit einer bestimmten Gehrichtung verbundene Gefühl fortdauernd wahrgenommen.

IV. Eine Kompressionsfederbinde. Von Henle. Musterschutznummer: Deutsches Reichspatent 255826. Mediz. Klinik, 1913, Nr. 20.

Die Kompressionsfederbinde bezweckt den Ersatz des Gummis durch metallene Spiralfedern bei der künstlichen Blutleere. Die Binde bleibt unbegrenzt lange elastisch, kann leicht und gründlich mit Seife und Bürste gereinigt und durch strömenden Dampf sterilisiert werden.

V. Ein neues apparatloses Formaldehyd-Verdampfungsverfahren. Von Dr. med. A. Hauswirth in Bern. Aus dem Institut für Hygiene und Bakteriologie der Universität in Bern. Deutsch. med. Wochenschrift, 1913, Nr. 39. 25. Sept.

Das unter Patentschutz gestellte neue Verfahren ist „mit großer Wahrscheinlichkeit das weitaus billigste aller Formaldehydverdampfungsverfahren". Die Desinfektionsversuche wurden mit der Koch'schen Seidenfadenmethode angestellt und zwar, mit Ausnahme von Subtilissporen, mit dem Erfolg der Abtötung von 100% bei Mikroorganismen (Diphtherie- und Kolibazillen, Staphylokokkus pyogenes aureus) und Milzbrandsporen. Bei diesem neuen Verfahren wird Formaldehyd aus einer Mischung von kohlensauerm Kalk, Formalin, Methylalkohol durch Zusatz von Wasser und Schwefelsäure entwickelt; es ist ungefährlich und seine Anwendung überall möglich und sehr billig, daher berufen, „die trotz ihrer unbedingten Notwendigkeit heute noch sehr vernachlässigte Wohnungsdesinfektion zum Gemeingut der Ärzte und des Volkes zu machen."

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 31. 1. November **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Die deutschen Volksnervenheilstätten im Jahre 1913. Von Oberarzt Dr. Bresler. Schluß (S. 375.) — Die körperlichen Störungen bei der Dementia praecox. Von Dr. Johann Michel, Bayreuth. Fortsetzung. (S. 384.) — Mitteilungen (S. 388): 43. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte. — Referate (S. 388). — Therapeutisches (S. 389). — Neuheiten aus ärztlicher Technik und Krankenpflege (S. 390).

Die deutschen Volksnervenheilstätten im Jahre 1913.

Von Oberarzt Dr. **Bresler.**

(Schluß.)

Eine zweite städtische Volksnervenheilstätte sieht ihrer Eröffnung entgegen. Es ist die Städtische Nervenheilanstalt der Stadt Frankfurt a. M.

Herr Professor Dr. Sioli, dessen Oberleitung sie untersteht, hatte die Freundlichkeit, mir folgende Auskunft darüber zu erteilen:

Im Jahre 1901 wurde von der Stadt Frankfurt a. M. im Köpperner Tal im Taunus ein Areal von 32 ha erworben zur Erweiterung der Städt. Irrenanstalt und zum Bau einer projektierten Städtischen Nervenheilanstalt. Das Areal liegt am Ausgang des tief eingeschnittenen und mit altem Laubwald bewachsenen Taunusquertales, durch welches der Erlenbach von der Höhe des nördlichen Taunus in das südliche Maingebiet abströmt. Dort, wo sich das Tal erweitert, eine halbe Stunde oberhalb des Dorfes Köppern, bei welchem es in die Ebene ausläuft, liegt in der Mitte ein breiter Wiesengrund und zu beiden Seiten sanft ansteigende Höhen, zum Teil als Feld angelegt, zum Teil mit Wald bewachsen. Auf die rechte Talseite, nahe an die Feldstücke ist der Bauplatz zunächst für 4 Häuser für leichtere psychisch Kranke und ein Haus für den Oberarzt ausgewählt. Diese Abteilung der Anstalt heißt das „Neuefeld". Die Häuser sind im Villenstil für Kranke I., II. und III. Klasse gebaut, von Gärten mit leichten Zäunen umgeben, ohne weitere Sicherung, als daß die Fenster mit dem Dornschloß verschließbar sind. Sie enthalten je ein geräumiges helles Untergeschoß, das zu Arbeitszwecken für Kranke verwendbar ist, z. T. auch als ärztliches Laboratorium eingerichtet ist, je ein Parterre und 1. Stock, die als Krankenräume in einem Haus mit Sälen für Kranke III. Klasse, in anderen mit Zimmern verschiedener Größe für Kranke I. und II. Klasse gebaut sind; im Dachstock sind Räume für Personal.

Im Grund des Tales ist bei der alten Hüttenmühle, die den Verkehrsmittelpunkt des Ganzen bildet, ein neues Verwaltungsgebäude und ein umfangreiches neues Wirtschaftsgebäude mit Maschinenhaus errichtet. Das Wirtschaftsgebäude enthält eine Küchen- und Waschanlage, welche für 3—400 Kranke erweitert werden kann.

An der linken Seite des Tales, der Sonne voll geöffnet und gegen Norden durch einen hohen Bergkamm geschützt, ist die Nervenheilanstalt, genannt die „Hüttenmühle" gerade in den Wald hineingebaut. Letzterer ist nur so weit abgehauen, als es für den Bau der Häuser notwendig war. Es ist je eine ziemlich große Villa für Männer und Frauen erbaut. In dem Untergeschoß, das nach Süden sehr hell und luftig ist, sind Räume für therapeutische Zwecke eingerichtet. Im Erdgeschoß zwei Tagessäle und drei Schlafsäle für 18 Kranke III. Klasse, daneben Bäder etc. Nach Süden und Osten große 3 m breite Veranden. Im 1. Stock ist je ein großer Festsaal für musikalische und sonstige Unterhaltungen. Ferner 6 Zimmer und 1 Aufenthaltssaal für Kranke I. und II. Klasse. Auch an diesen liegen nach außen große Veranden vor. Im Dachgeschoß sind reichlich Räume für Personal etc. ausgebaut. Die gesamten Häuser sollen am 15. November ds. Js. dem Betrieb übergeben und die Anstalt eröffnet werden. Zunächst ist ein Oberarzt und ein Assistenzarzt, später 2 Assistenzärzte vorgesehen.

Die Gesamtkosten des Baues betragen 1 022 000 Mark, davon für innere Einrichtung (Mobiliar) 123 000 M, für maschinelle Einrichtungen des Maschinenhauses 127 800 Mark. Die Anstalt hat eigene elektrische Anlage, eigene Wasserleitung mit steht gleichfalls unter Oberleitung des Direktors, ist aber im übrigen selbständig mit einem Inspektor an der Spitze. Die Genehmigung der Neubauten durch die städtischen Behörden erfolgte 1909 und 1910, die Neubauten selbst wurden 1911

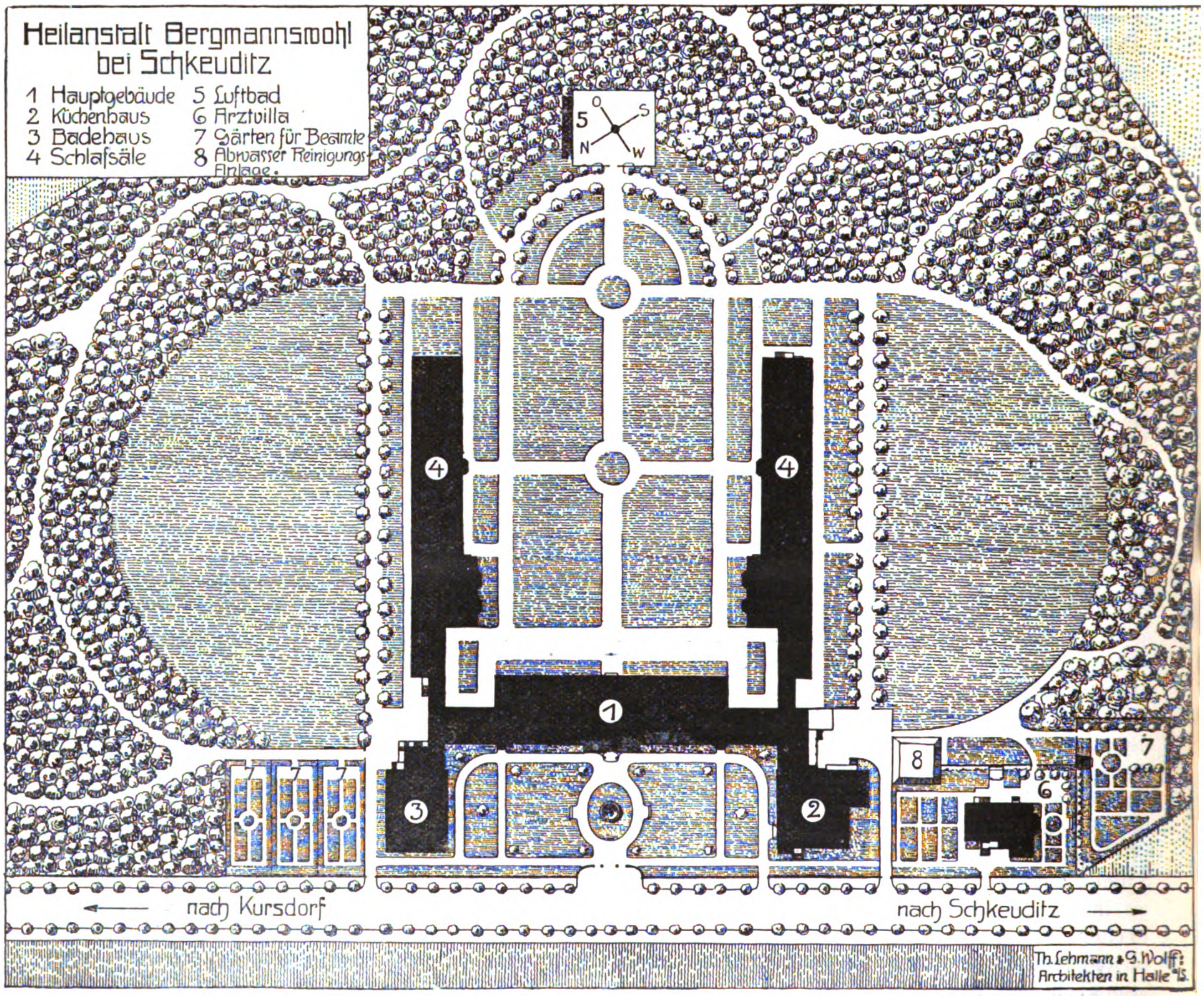


Abb. 12. Übersichtsplan.

Hochdruck, eigene Kanalisation mit biologischer Kläranlage und Warmwasserheizanlage in jedem Haus für sich. Die Gesamtzahl der Betten ist auf 126 in den neuen Häusern, und außerdem 28 in den 2 älteren Baracken für Alkoholisten angenommen. Für Nervenkranke allein sind vorläufig 48 Betten vorgesehen. Die Organisation ist so vorgesehen, daß unter der Oberleitung des Direktors der Frankfurter Anstalt ein Oberarzt die Behandlung der Kranken übernimmt. Die Verwaltung bis 1913 unter Leitung des städt. Hochbauamts errichtet.

Eine ausführliche, illustrierte Beschreibung der Heilstätte wird demnächst in der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift veröffentlicht werden.

* * *

Im Kranz der jungen Nervenheilstätten ist auch

Bergmannswohl ein prächtiges, kräftiges Blatt.

Bergmannswohl ist die Unfallnervenheilanstalt der Knappschafts-Berufsgenossenschaft zu Schkeuditz (Bezirk Halle a. S.). Leipziger Nervenarzt Windscheid 1900 in Stötteritz begründet hatte. Dieses Haus erwies sich bald als zu klein. Auf Anregung Windscheids erbaute die Knappschafts-Berufsgenossenschaft, die größte Berufsge-

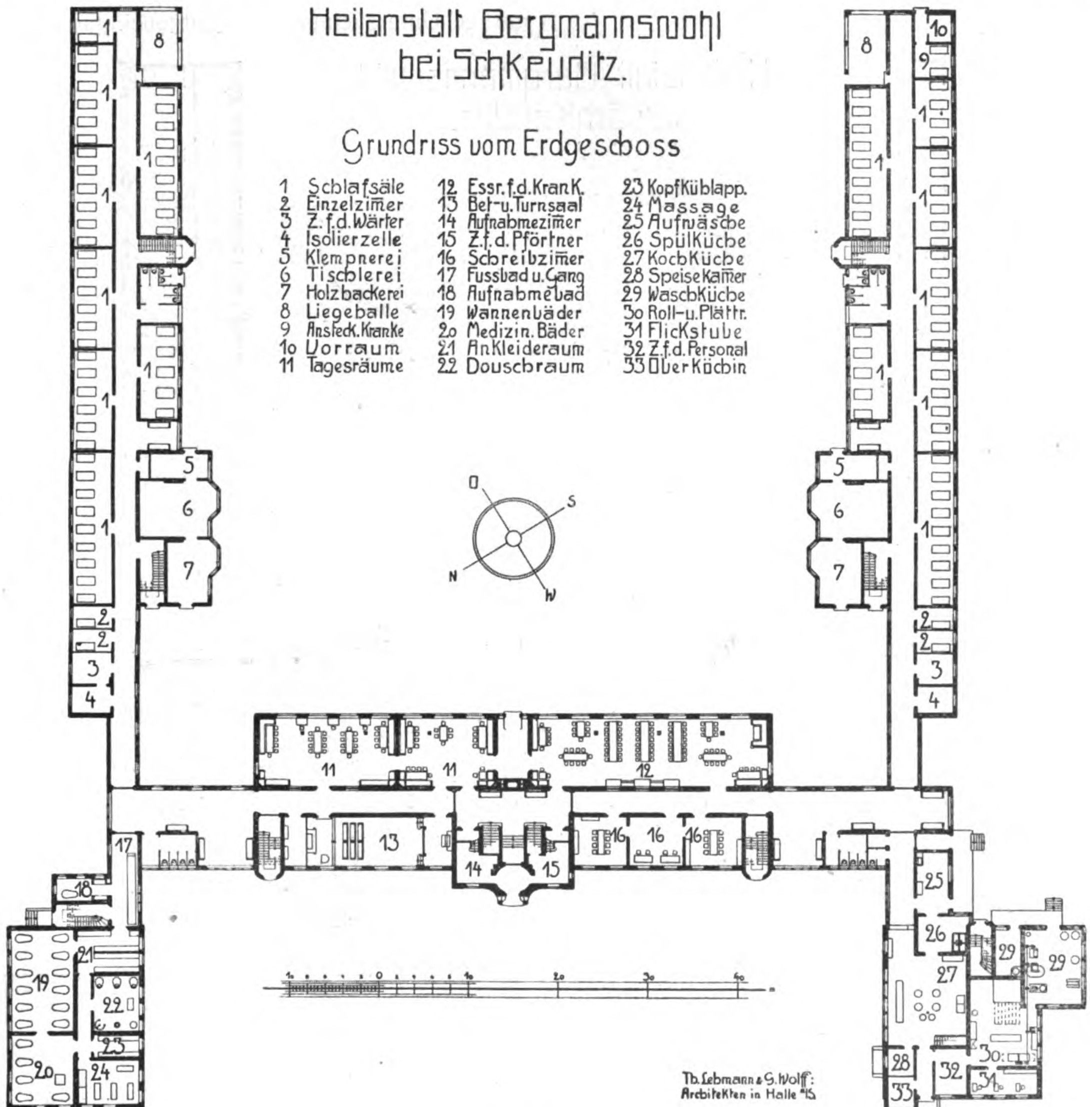


Abb. 13.

Über Entstehung, Bau und Wirken dieser Heilstätte entnehme ich der Schilderung von Privatdozent Dr. Quensel in Leipzig, Chefarzt von Bergmannswohl, folgendes[1]):

Die Heilstätte nahm ihren Ausgang von der Unfallnervenklinik der Sächsischen Baugewerks-Berufsgenossenschaft „Hermann-Haus", welche der nossenschaft, eine eigene Unfallnervenheilanstalt in großem Stile auf einer Hochebene über dem Elstertal bei Schkeuditz. Dazu wurde ein Gelände von 48 Morgen, zum größten Teil Wald, erworben, dazu später noch weiteres Terrain, so daß die freie Lage der Anstalt nach allen Seiten dauernd gesichert ist.

Windscheid, der im wesentlichen den Plan der Anstalt entworfen hatte, wurde leider zu früh

[1]) Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1911 Nr. 10.

durch den Tod weggerufen; er konnte noch die Fertigstellung des Rohbaues sehen. Auch Geh. Bergrat Krabler, Vorsitzender des Berufsgenossenschaftsvorstandes, der die Angelegenheit mit gewohnter Tatkraft in die Hand genommen hatte, erlebte die Vollendung der Anstalt nicht; er starb 1909.

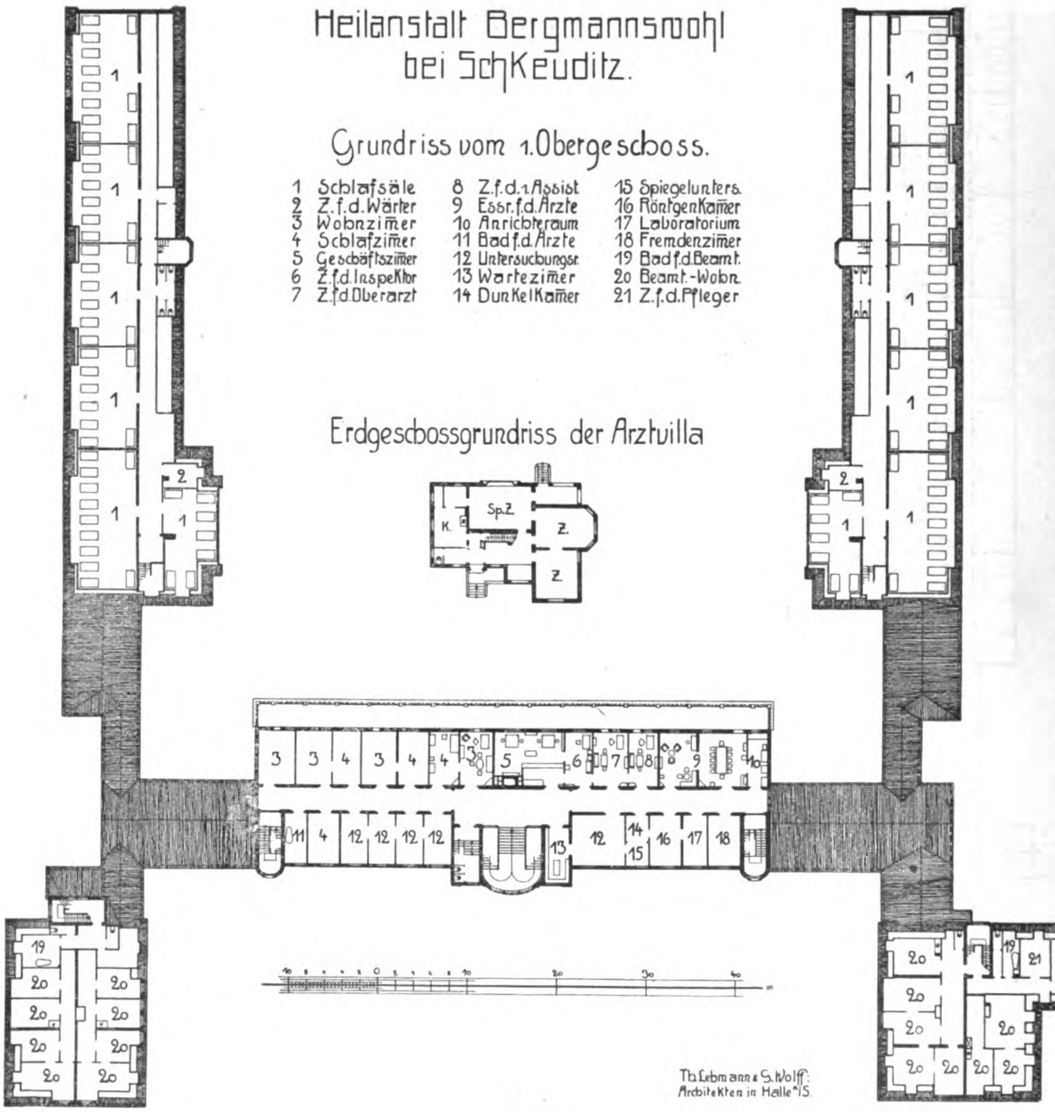


Abb. 14.

sprechend ihrem Hauptzweck, Untersuchung, Beobachtung und Begutachtung Unfallnervenkranker, Feststellung der Diagnose, Krankheitsursache und Erwerbsfähigkeit, mit allen hierzu erforderlichen Hilfsmitteln aufs Reichste ausgerüstet ist, darunter auch mit einem Laboratorium für schwierige chemische Untersuchungen, Röntgenzimmer, psycho-

Die Anstalt ist in Hufeisenform gebaut; an ein Hauptgebäude schließen sich zwei lange Flügelbauten mit den Schlafräumen an.

Ich übergehe die Schilderung der baulichen Dispositionen, die in der Hauptsache aus den beigefügten Abbildungen und Grundrissen ersichtlich sind, und weise nur darauf hin, daß die Anstalt, entsprechend ihrem Hauptzweck ... physiologische Instrumente usw. Außerdem ist die Anstalt mit allen Hilfsmitteln für die Behandlung in der denkbar liberalsten Weise ausgestattet; sie wird auch von Versicherungsanstalten zur Verhütung und Beseitigung der Invalidität in ausgiebiger Weise benutzt. Dabei wird auf die physikalische Behandlung, Bäder, Winternitzsches

Duschekatheter, Elektrizität, elektrische Bäder, Diätkuren, Massage, Luftbad, Liegehallen, Turngeräte besonders Wert gelegt.

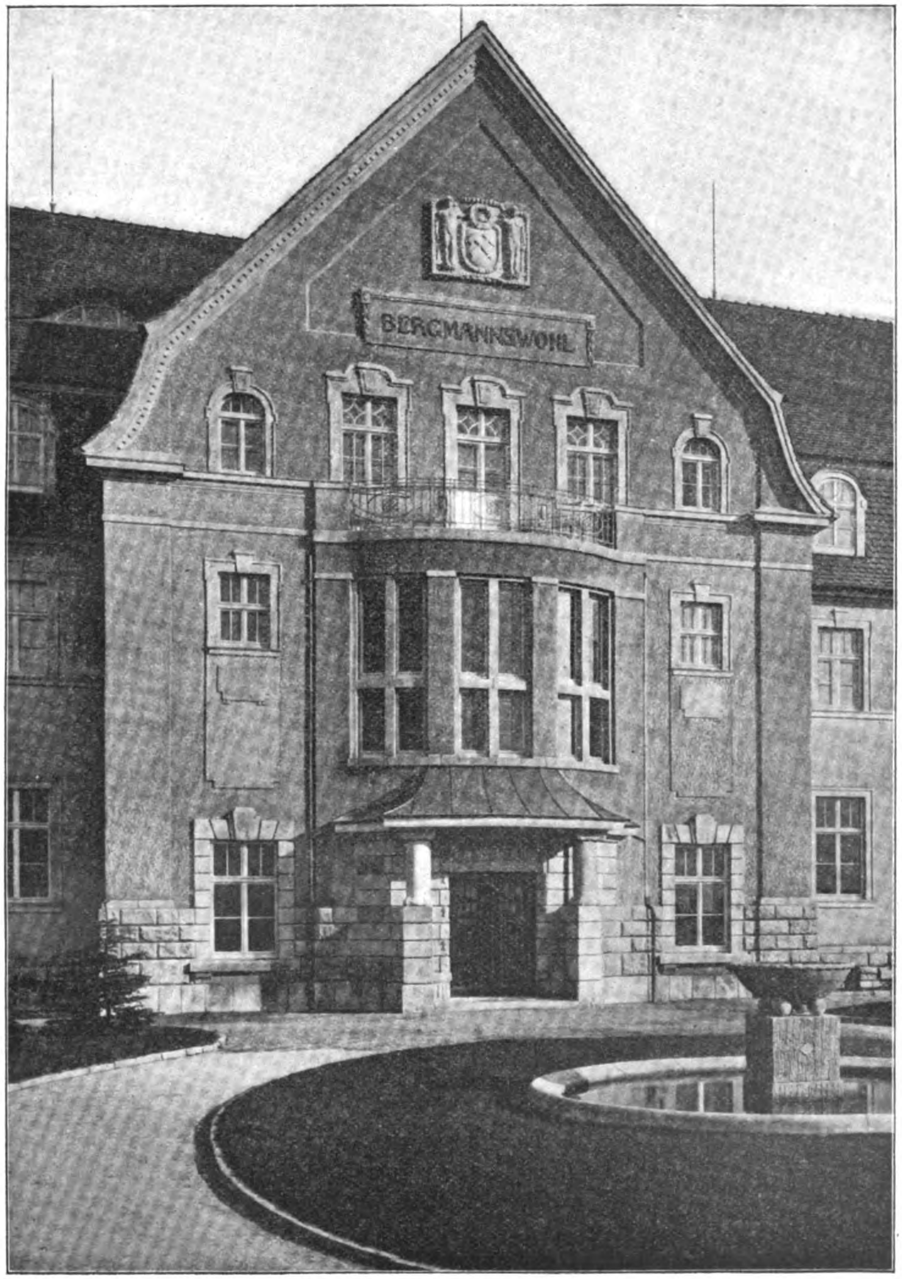


Abb. 15. Haupteingang.

Die *Arbeit* spielt, nach *Windscheids* Vorgehen, *bei der Behandlung eine ganz wesentliche Rolle*; es wird der größte Wert darauf gelegt, daß alle Kranken, soweit das irgend angängig ist, arbeiten, und sei es auch nur unter dem Zwange der Anstaltsdisziplin. Wer so krank ist, daß er auch die leichtesten Arbeiten nicht leisten kann, wird im allgemeinen des Betts, besonderer Kost usw. teilhaftig und als wirklich ernsthafter Kranker behandelt. Entlohnung der Arbeit ist aus verschiedenen Gründen nicht eingeführt worden. Den Erfordernissen der Beschäftigung entsprechend ist ein Werkstättenbau an jedem Flügel des Anstaltsgebäudes errichtet. Gartenarbeit findet selbstverständlich ebenfalls statt.

Es wird an der Abstinenz von Alkohol und Tabak streng festgehalten, schon weil sie zur Klärung des Krankheitsbildes oft genug beiträgt.

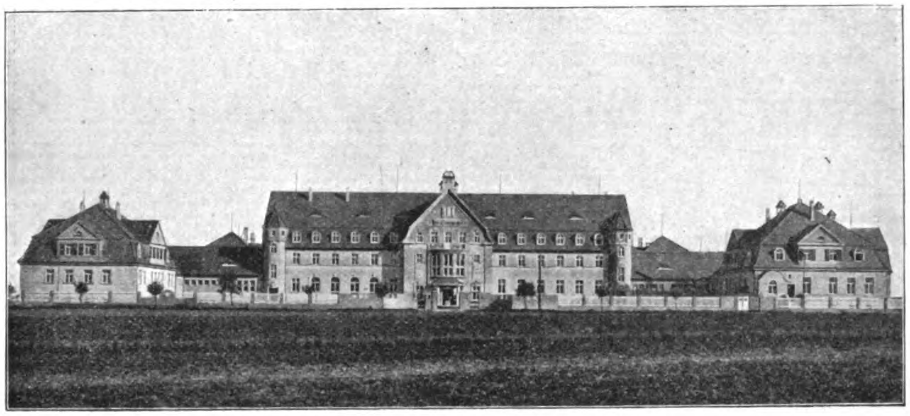


Abb. 16. Vorderansicht.

Es findet ständige nächtliche Überwachung statt, um gegenüber den zahlreichen Klagen mancher Kranker über Schlaflosigkeit, bei Anfällen usw. gesichert zu sein.

Quensel legt die Vorteile der Heilstättenbeobachtung und -begutachtung Unfallnervenkranker für die Beurteilung dar. Schon wegen der bei den Neurosen so wichtigen Feststellung psychischer Vorgänge und subjektiver Störungen ist sie unerläßlich. Aber die Anstaltsbeobachtung und -behandlung muß rechtzeitig stattfinden, wenn über einen Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit möglichst bald Klarheit erlangt werden will. Bei alledem wird selbstverständlich die Rolle der häuslichen Verhältnisse und die Arbeit nicht unterschätzt und auf die Mitwirkung des behandelnden Arztes keineswegs verzichtet.

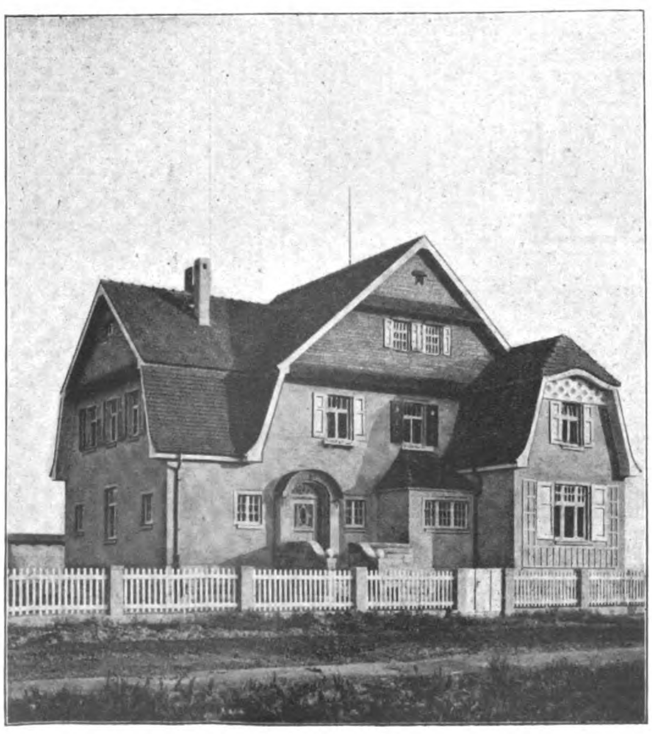


Abb. 17. Wohnung des Oberarztes.

Die Anstalt „Bergmannswohl" wurde am 1. Oktober 1910 in Benutzung genommen. Sie ist zunächst für 100 Betten eingerichtet, doch ist die Möglichkeit der Erweiterung auf 200 Betten in allen Baulichkeiten vorgesehen und mit geringen Kosten durchzuführen.

Dem vom Chefarzt Dr. Quensel herausgegebenen Jahresbericht für 1912 entnehme ich folgende Daten:

Vom 1. Januar bis 31. Dezember 1912 wurden 1533 (1220) *) Kranke aufgenommen.

Die Verpflegungstage betrugen 20688 (19397); durchschnittlich kamen auf einen Kranken 13,5 (15,9) Verpflegungstage. Nach Abschluß der Beobachtung und Behandlung der 1912 aufgenommenen und vor dem 1. Januar 1913 entlassenen 1478 Kranken entfallen auf die zur Beobachtung aufgenommenen 1254 (936) Kranken 8062 (6513) Verpflegungstage, auf die zur Behandlung aufgenommenen 224 (284) Kranken 10 334 (13 295) Verpflegungstage, also auf erstere durchschnittlich 6,4 (7), auf letztere durchschnittlich 46 (47) Verpflegungstage auf einen Kranken.

Auf den Durchschnitt des Jahres berechnet, betrug die tägliche Belegzahl 56,52 (53,14). Die höchste Belegzahl am 13. und 14. November betrug 83 (82), die niedrigste am 24., 25. und 26. Dezember

*) Die eingeklammerten Zahlen beziehen sich auf 1911.

1912 33, 44 mit 11 Beurlaubten, (gegen 1911 = 21 niedrigste Belegzahl, 40 mit 19 Beurlaubten).

Von den 1533 Aufnahmen haben zugewiesen:

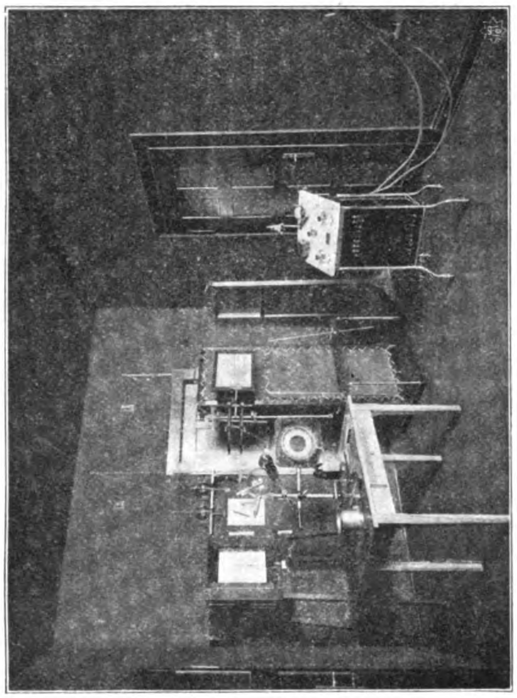


Abb. 18. Röntgenzimmer.



Abb. 19. Liegehalle.

a) Reichsversicherungsamt, Berlin: 2, b) Bayrisches Landesversicherungsamt, München: 1, c) Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung aus den verschiedensten Bundesstaaten und Provinzen: 95, d) Königliche Oberversicherungsämter aus den verschiedensten Bundesstaaten und Provinzen: 76, e) Be-

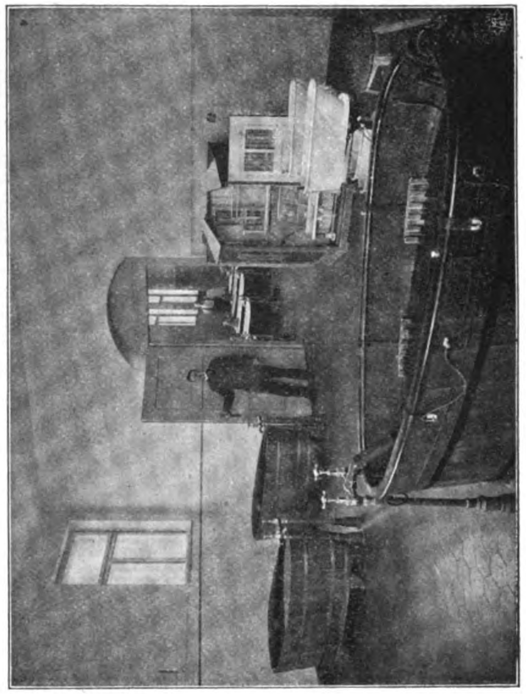


Abb. 20. Bäder.

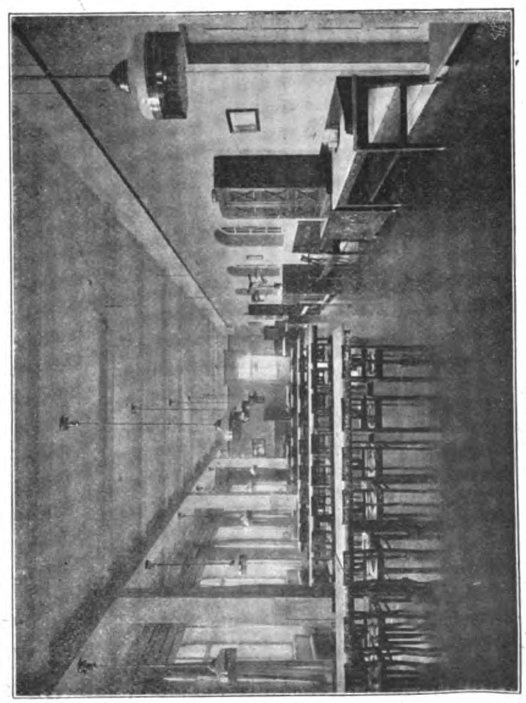


Abb. 21. Speisesaal.

rufsgenossenschaften aus den verschiedensten Bundesstaaten und Provinzen: 1226, f) Ausführungsbehörden: 20, g) Landes-Versicherungsanstalt Sach-

sen-Anhalt, Merseburg: 22, h) Sonderanstalten: 35, i) Knappschafts-Vereine: 48, k) Krankenkassen: 4, l) außerdem 4, und zwar: Kaiserliche Ober-Postdirektion, Magdeburg, Königlich Sächsisches Oberlandesgericht, II. Zivilsenat, Dresden, Königliche Polizei-Direktion, Dresden, Großherzoglich Luxemburgische Unfall-Versicherungs-Genossenschaft, Luxemburg, Summa 1533.



Abb. 22. Schlafraum.

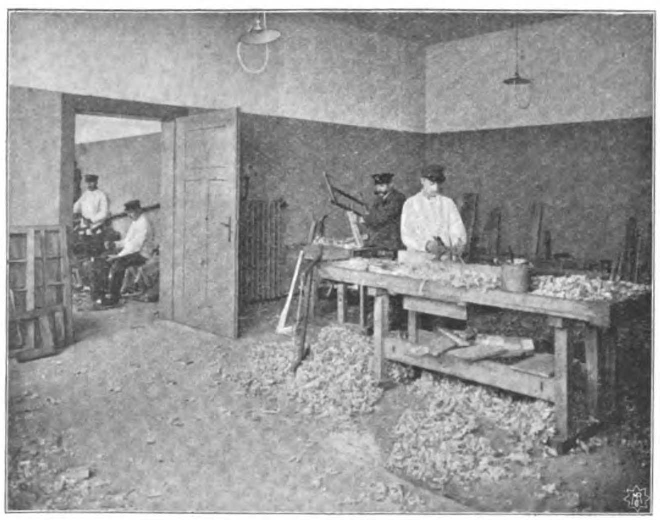


Abb. 23. Werkstatt.

Außerdem wurden im Jahre 1912 noch 82 (73) ausführliche Gutachten erstattet, und zwar: 59 (64) auf Grund einmaliger Untersuchung, 18 (4) auf Grund der Akten, 5 (5) auf Grund der Akten über Tote.

Die Geburtsorte der aufgenommenen 1533 Kranken verteilen sich wie folgt: Preußen 869, Bayern 21, Sachsen 426, Württemberg 1, Baden 3, Oldenburg 1, Sachsen-Weimar 26, Braunschweig 12, Sachsen-Altenburg 29, Sachsen-Coburg-Gotha 11, Sachsen-Meiningen 8, Anhalt 36, Schwarzburg-Rudolstadt 8, Schwarzburg-Sonderhausen 8, Waldeck 1, Reuß, ältere Linie 8, Reuß, jüngere Linie 13, Lippe-Detmold 2, Elsaß-Lothringen 1, Österreich 42, Rußland 4, Italien 3.

Aus der Tabelle über die Art der Erkrankungen gebe ich die wichtigsten wieder.

1. Nervenkrankheiten: 905, darunter: Neurasthenie 180, Hysterie 163, Kommotionsneurose (s. auch Gehirnerschütterung) 22, Schreckneu-

rose 1, Rentenkampfneurose 3, Herzneurose 10, Nervöse Dyspepsie 1, Vasomotorische Neurose 1, Sexuelle Nervenschwäche 1, Epilepsie 36, Alkoholepilepsie 1, Pseudospastische Parese 1, Basedowsche Krankheit 5, Thyreotoxischer Symptomenkomplex 1, Dystrophia adiposo-genitalis 1, Migräne 1, Schüttellähmung 4, Blitzschlag 2, Starkstromverletzung 9, Dementia paralytica 11, Traumatische Demenz 4, Hysterische Pseudodemenz 4, Hysterischer Stuporzustand 1, Dementia präcox 2, Senium präcox 2, Katatonie 1, Angeborener Schwachsinn 17, Geistesstörung 1, Alkoholische Geistesstörung 1, Delirium abortivum 1, Periodisches Irresein 1, Hypomanie 1, Depressionszustand 3, Senile Depression 1, Querulantentum 2, Hypochondrie 11, Alkoholismus chron. 10, Rauchgasvergiftung 4, Leuchtgasvergiftung 2, Kohlenoxydvergiftung 3, Verkalkung der Gehirnarterien 1, Gehirnerschütterung 232, Hirnverletzung 1, Hemiplegie (organische) 5, Gehirnblutung 5, Doppelseitige Gehirnblutung 1, Zentrale Monoplegie 3, Rindenepilepsie 6, Aphasie (motorische mit Agraphie) 1, Enzephalomalazie 1, Erweichungsherde im Kleinhirn 1, Gehirnembolie 1, Lues zerebrospinalis 12, Enzephalomyelitis diffusa 1, Tumor zerebri 2, Hydrozephalus 1, Hämatom der Dura 1, Blutungen in die Rückenmarkshäute 2, Hämatomyelie 8, Tabes dorsalis 9, Multiple Sklerose 11, Spina bifida 1, Syringomyelie 3, Kompressionsmyelitis 3, Cauda-equina-Verletzung 1, Myotonia atrophica 1, Myotonia kongenita 1, Fazialislähmung 3, Diplegia fazialis 3, Fazialis- und Akustikuslähmung 2, Okulomotoriuslähmung 3, Abduzenslähmung 3, Neuritis optica 1, Tractus-opticus-Verletzung 1, Optikusatrophie 6, Gesichtsneuralgie, Supraorbitalneuralgie 4, Akzessoriuslähmung 1, Armnervengeflechtslähmung (2 totale) 7, Armnervenentzündung 1, Serratuslähmung 1, Ulnarislähmung 2, Medianuslähmung 2, Armnervenlähmung 2, Wadenbeinnervenlähmung 2, Ischias 11, Pseudotabes alcoholica 1, Alkoholneuritis 2, Polyneuritis postdiphtherica 1, Polyneuritis 2.

II. Andere Krankheiten mit Nervenstörungen 472, darunter: Arteriosklerose 13, Herzmuskelentzündung 22, Aortenaneurysma 2, Angina pectoris 2, Aortitis luetica 1, Herzklappenfehler 10, Herzerweiterung 5, Chronischer Gelenkrheumatismus 5, Arthritis deformans 3, Arthritis chronica 3, Wirbelbruch 31, Beckenbruch 7, Kopfkontusion 5, Kopfverletzung 3, Kopfquetschung 2, Schädelgrundbruch 22, Schädelbruch kompl. 13, Schädelbruch 125, Schädelverletzung 1, Felsenbeinbruch 1, Oberkieferbruch 10, Augenverlust 4, Hornhautverletzung 1, Netzhautverletzung 1, Augenverletzung 6, Netzhautablösung 4, Stirnhöhleneiterung 2, Taubheit 2, Labyrinthverletzung 3, Labyrintherschütterung 9, Labyrinthblutung 3.

III. Abgelaufene Krankheiten 101, darunter: Nervenschwäche 26, Hysterie 11, Commotionsneurose 4, Gehirnerschütterung 19, Epilepsie 1, Rindenepilepsie 1, Schädelkontusion 14, Schädelbruch 7.

Über die im Bergmannswohl beobachteten und behandelten Kranken wurden insgesamt erstattet 1445 Gutachten.

In 5,4 % wurde abweichend von den Schätzungen des Gutachtens entschieden, während in 94,6 % die Schätzungen sowohl von der Knappschafts-Berufsgenossenschaft als auch von den höheren Instanzen anerkannt wurden.

Eine Reihe wissenschaftlicher Veröffentlichungen- darunter drei Inaugural-Dissertationen — sind aus der Anstalt hervorgegangen.

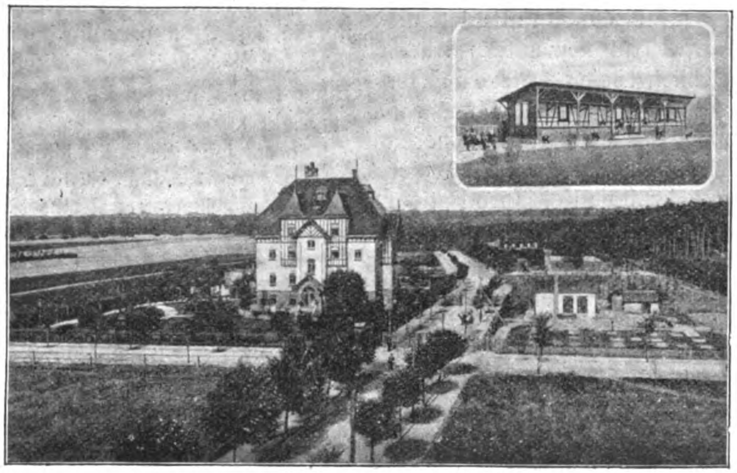


Abb. 24. Erholungsheim Naunhof.

Mit Hilfe eines Projektionsapparates wurden in Abständen von einigen Wochen abendliche Vorträge meist unterhaltenden Inhaltes über populäre Themata abgehalten, die von den Kranken gern und zahlreich besucht wurden.

* * *

Das Erholungsheim Naunhof der Ortskrankenkasse Leipzig und Umgegend gehört ebenfalls zu den Volksnervenheilstätten.

Das im Villenstil erbaute Erholungsheim bietet, nach freundlicher Auskunft des leitenden Arztes Dr. Br. Sperling, Platz für ca. 50 Patienten, die in Einzelzimmern zu je 2, 3 und 4 en untergebracht sind. Es sind hauptsächlich Neurastheniker (80 bis 90%), die hier verpflegt werden, die anderen 10 bis 20% sind Rekonvaleszenten nach inneren und chirurgischen Erkrankungen. Es wird hier den Pfleglingen eine gute, kräftige Kost (pro Patient 1 ½ l Milch) gereicht. Die Heilmittel bestehen in Luft- und Sonnen-, Sool-, Fichtennadel- und Kohlensäurebädern; auch Dusche-Einrichtung ist vorhanden. Die Patienten werden auch zu leichten Gartenarbeiten, wenn möglich, herangezogen. Die Kurdauer beträgt 4 bis 6 bis 8 Wochen. Der Kurerfolg ist im allgemeinen recht befriedigend.

Momentan findet ein Erweiterungsbau statt, indem links von der Heilstätte ein ähnliches Villengebäude, das mit dem vorhandenen durch einen Gang verbunden wird, errichtet werden soll; es können dann im ganzen ca. 100 Kranke untergebracht werden.

* * *

Aus dem vorstehenden Bericht ergibt sich, daß die Frage der Volksnervenheilstätten durchaus geklärt ist. Die Notwendigkeit solcher Sanatorien ist allgemein anerkannt, die Durchführbarkeit ihrer Errichtung durch die schon vorhandenen, oben beschriebenen Heilstätten bewiesen.

Alle Einzelfragen und Gesichtspunkte zweiter Ordnung — im knappen Rahmen dieses Berichtes konnten sie nicht berücksichtigt werden — sind in den oben angeführten zahlreichen Aufsätzen ausführlich und sorgfältig erörtert, jedes Für und Wider ohne Vorurteil dargelegt.

Die bestehenden Heilstätten für minder- und unbemittelte Nervenkranke zeigen in der Mannigfaltigkeit ihrer Fundierung und Organisation auch, daß es der Wege viele gibt zum Ziel. Wie es erreicht wird, hängt sehr von zufällig gegebenen Verhältnissen ab. Hier bedarf es vieler Jahre, bis Meinung und Mitwirkung der maßgebenden Kreise dafür gewonnen und die Mittel zusammengebracht sind, dort nehmen gesetzliche Körperschaften oder einige wenige Menschenfreunde die Sache in die Hand und vollbringen sie in kürzester Frist ohne jede Schwierigkeit, oder Wille, weiter Blick und Macht eines Einzelnen rufen das Werk ins Leben.

So entstand die Rothschildstiftung in Wien.

Der am 13. Juni 1905 verewigte Menschenfreund **Nathaniel Freiherr von Rothschild** hinterließ mit letztwilliger Anordnung ein Kapital **von zwanzig Millionen Kronen** zu einer Stiftung für unbemittelte Nervenkranke; aus den Zinsen sind Anstalten für Nervenkranke zu errichten und zu erhalten. Geisteskranke, unheilbare Epileptiker und Patienten mit anatomischen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks sind von der Aufnahme ausgeschlossen. Die Stiftung hat den Namen „Nathaniel Freiherr von Rothschildsche Stiftung für Nervenkranke". Als erstes Werk dieser Stiftung ist die Nervenheilanstalt Rosenhügel (Wien XIII, Riedelgasse 5) geschaffen worden. Sie wurde im Herbst 1912 eingeweiht. Eine Beschreibung dieser Anstalt erscheint in Kürze in der Psych.-neurol. Wochenschrift.

Es bedarf heute bei der Begründung neuer Volksnervenheilstätten nur der Durchführung einer wohldurchdachten Idee und der Nachschaffung eines der vorhandenen Vorbilder, von denen jedes seine schätzenswerte Eigenart hat.

Möchten diese Zeilen dazu beitragen, daß, wo sie noch fehlen, die Errichtung neuer Heilstätten wie der oben beschriebenen in Angriff genommen wird.

Daß damit zu einem guten Teil auch auf Vorbeugung gegen geistige Erkrankungen hingearbeitet wird, sei zum Schluß nochmals hervorgehoben.

Die körperlichen Störungen bei der Dementia praecox.

Von Dr. **Johann Michel**, Hilfsarzt an der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt zu Bayreuth.

(Fortsetzung.)

Störungen der Motilität.

Es ist leicht begreiflich, daß bei einer Krankheit, die so vielerlei Symptome auf dem Gebiete der Motilität aufweist, das Interesse dafür von jeher ein sehr lebhaftes war und Untersuchungen nach den verschiedensten Richtungen hin veranlaßte. Es finden sich hier bei verschiedenen Autoren differente Angaben. So konnte Polvani an den ergo-

graphischen und myographischen Kurven keinen Unterschied zwischen katatonischer Willenssperrung und psychomotorischer Hemmung erkennen; dagegen erhielten andere Forscher recht typische Bilder. So registrierten Isserlin und Lotmar die Beuge- und Streckbewegungen des rechten Zeigefingers. Sie fanden, daß sich im Gegensatz zu dem Verhalten bei Gesunden zwischen Beugung und Streckung eine merkbare Zwischenzeit einschob, daß die Streckung langsamer verlief als in der Norm, daß der Ausführung der Bewegung nicht selten ein Gegenantrieb vorher ging und daß auch die Bewegung selbst oft durch Gegenantriebe unterbrochen war. — Ergographische Versuche wurden von Gregor und Hänsel angestellt. Sie fanden als gemeinsames Merkmal der von Katatonikern gewonnenen Kurven, daß die Arbeitsleistung mit einer verhältnismäßig geringen Hubzahl erreicht wurde, daß also die Durchschnittshubhöhe und -leistung eine relativ hohe war. Sie glauben einen besonderen Typus der Kurve bei Katatonie annehmen zu dürfen, der neben einer relativ hohen Mittelleistung durch eine in gewissen Grenzen variable geringe Differenz der Anfangs- und Endhubhöhe charakterisiert ist, ein Typus, der beim Gesunden nicht vorzukommen scheint und von den beiden genannten Autoren als Handlungsstereotypie aufgefaßt wird. — Ermes hat Haltungskurven bei Katalepsie aufgenommen und gefunden, daß bei Gesunden die Senkung des wagrecht gehaltenen Unterschenkels durchschnittlich nach 38, spätestens nach 80 Sekunden beginnt, bei Katalepsie dagegen erst nach 205 Sekunden einsetzt, trotzdem Ermüdungserscheinungen in Form von Zittern nach einer Minute wahrnehmbar sind. Vollständige Erschöpfung trat bei Gesunden durchschnittlich nach 7 Min. 11 Sek., bei Katatonie erst nach 14 Min., öfter sogar erst nach 20 Min. ein. Ermes erklärt sich diese Erscheinung durch ein den Kataleptischen eigentümliches Festhalten einer einmal gemachten Innervation; darauf führt er auch die starren Stellungen derselben zurück, welche oft tagelang eingehalten werden. — Zu ähnlichen Resultaten gelangte Sommer; auch er fand, daß das in sitzender Stellung wagrecht vorgehaltene Bein bei Gesunden durchschnittlich 7 Min., bei Katatonikern bis zu 20 Min. in dieser Lage erhalten wird.

Sehr häufig ist bei Dementia praecox die idiomuskuläre Muskelerregbarkeit. Bernstein fand sie in 70 Fällen 67 mal (= 95,7%). Curschmann glaubt, daß es sich hier um eine myogene Erscheinung handelt, die durch Einwirkung toxischer Substanzen auf das Muskelsarkoplasma bedingt und durch Wasserverarmung weiterhin begünstigt ist. Bei starker idiomuskulärer Übererregbarkeit soll auch fast stets eine Steigerung der mechanischen und oft auch elektrischen Erregbarkeit der Nerven vorhanden sein, welche als Ausdruck der gleichen Irritabilitätsveränderung zu betrachten sein soll. — Schüle macht die idiomuskuläre Übererregbarkeit für die Entstehung der Muskelstarre mit verantwortlich.

Auch die elektrische Erregbarkeit der Muskulatur ist verändert. Moravcsik fand sie herabgesetzt, die Zuckungen langsam und träge. Nach Ajello treten bei Katatonie neben den eigentlichen Muskelzuckungen zugleich tonische Zusammenziehungen auf; er weist auf das gleiche Verhalten des Sarkoplasmas im embryonalen, ferner im ermüdeten, anämischen und entarteten Muskel hin. — Polvani stellte fest, daß bei der Dementia praecox die elektrische Reizung auch eine Kontraktur der Antagonisten hervorruft, was bei manisch-depressivem Irresein nicht der Fall ist. Die „antagonistische Reaktion“ soll für Dementia praecox charakteristisch sein.

Die galvanische Erregbarkeit vom Nerven aus fand Ostermayer vermindert, die Zuckungsformel nicht verändert. — Die mechanische Erregbarkeit der Nerven, besonders des Facialis, ist sehr oft gesteigert.

Der Muskeltonus ist häufig verändert; jedoch ist es hier oft schwer zu entscheiden, inwiefern die Veränderungen, namentlich die Spasmen, organisch oder rein funktionell sind. Wirkliche Spasmen sind jedenfalls äußerst selten Meyer hat sie in 398 Fällen nur einmal, ebenso oft wirkliche Hypotonie gefunden; dagegen hat Pförtner die letztere in 10% seiner Fälle im Hüft-, Knie-, Schulter- und Ellbogengelenk nachweisen können. — Bonhöffer teilt 4 Fälle mit echten spastischen Symptomen mit, in denen die Sektion keine Anhaltspunkte für eine organische Störung gab; trotzdem hält er eine solche für möglich, nachdem er doch selbst bei akuten Psychosen Seitenstrangerkrankungen gefunden hat. — Als charakteristisch für den bei Negativismus auftretenden Spasmus ist sein Schwinden bei plötzlichen Erregungszuständen zu bezeichnen. — Sowohl die Dauer wie die Ausdehnung der Spasmen kann sehr verschieden sein. Mitunter gibt es nach Knapp Muskelstarre von stundenlanger Dauer, bei der es sich möglicherweise um apoplektiform auftretende vorübergehende Störung in der Pyramidenbahn durch funktionelle Änderung handelt. Nach demselben Autor kann man bei akinetischen Kranken Muskelzustände beobachten, die den Spasmen bei zerebralen, spinalen Monoplegien, Hemi- und Paraplegien sehr ähnlich sind. Nouët

und Trepsat fanden bei Katatonie teils einseitige, teils doppelseitige Kontrakturen der Arme, die sie als eine länger dauernde Haltungsstereotypie auffassen; sie machen auf Atrophie des Thenar, Hypothenar und Vorderarms aufmerksam sowie auf die Verkürzung der Beugemuskeln, letztere bedingt durch das Überwiegen über ihre Antagonisten. — Hypotonie findet sich besonders bei Vorhandensein von psychomotorischen Reizerscheinungen, seltener ohne solche (Knapp teilt zwei Fälle letzterer Art mit). Sie ist bald allgemein, bald partiell, meist symmetrisch, am häufigsten an den Beinen; mitunter ist sie einseitig und kann sogar zeitlich wechseln. Sie kann dauernd oder vorübergehend und so hochgradig sein wie im Chloroformschlaf.

Eigentümlich ist ein von Kleist bei der Flexibilitas cerea beobachtetes Verhalten der Muskulatur, darin bestehend, daß jene Muskeln, deren Ansätze einander genährt wurden, unter den tastenden Fingern sofort und dann ganz kontinuierlich eine Spannung entwickeln, die in jedem Zeitabschnitt der passiven Bewegung genau der Entfernung der Insertionspunkte des Muskels angepaßt ist und durch welche das Glied jederzeit in der eben erreichten Lage festgehalten wird. Dieses Verhalten findet sich jedoch nur bei der wahren, nicht bei der sog. Pseudoflexibilitas.

Reizerscheinungen an der Muskulatur, die in keiner Weise den Stempel der Willkürlichkeit tragen, sind bei Dementia praecox besonders in alten Fällen nicht selten. Mitunter zeigen sie große Ähnlichkeit mit organischen Erkrankungen. Wir finden unabhängig von Erregung feinschlägigen Tremor; an den Augen bemerken wir Bulbusunruhe und Nystagmus; im Gesicht sehen wir neben Erscheinungen, die man noch als Ausdrucksbewegungen bezeichnen kann, wie Stirnrunzeln, Verziehen der Mundwinkel, unregelmäßigen Zungen- und Lippenbewegungen und andern Zeichen des Grimassierens, auch unwillkürliches blitzartiges oder rhytmisches Zucken der Lippen, Vibrieren der Mundmuskulatur beim Sprechen, einseitige oder doppelseitige oder auf einer Seite überwiegende Spannung der ganzen mimischen Muskulatur. Diese tragen ebenso wie die später zu besprechenden Lähmungen im Gebiete des Fazialis zerebralen Charakter. Seltener sind Zuckungen einzelner Muskeln am übrigen Körper sowie ganzer Gliedmaßen. Choreiforme und athetoide Bewegungen, von Kraepelin als „athetoide Ataxie" bezeichnet, finden sich besonders an den Fingern. Dieselben können sehr stark sein; Meyer mußte es sogar in einem Falle offen lassen, ob Dementia praecox mit choreatischen Bewegungen oder Chorea minor vorlag. Schüle beobachtete einen Fall, in dem dieselben halbseitig waren und deutlich Intentionssteigerung aufwiesen. Über einen ähnlichen Fall berichtet Rosenfeld. Meist sind die Fälle, bei welchen motorische Reizerscheinungen auftreten, mit Hypotonie verbunden.

Eigentliche organische Lähmungen sollen nach Bleuler kaum vorkommen, wohl aber solche psychogener (hysterischer) Art. So konnte einer seiner Kranken mehrere Stunden lang die Augen nicht öffnen; ein Patient von Halberstadt litt 6 Jahre lang an einer hysterischen Paraplegie. — Auch Meyer sagt, daß er unter seinen 398 Fällen keine eigentlichen Lähmungen gesehen habe. Dagegen berichtet Fuchs über einen Fall mit Déviation conjugée, Knapp über zerebrale Lähmungen des Facialis mit Freibleiben des oberen Astes. — Die Lähmungen bezw. Paresen können halbseitig sein oder nur eine Extremität bezw. Gesichtshälfte betreffen; sie können apoplektiform einsetzen und nach einiger Zeit wieder verschwinden. Ihrer Art nach können sie schlaff oder spastisch sein.

Anfälle bei Katatonie hat bereits Kahlbaum gesehen und hat ihnen eine wesentliche Bedeutung in der Diagnose eingeräumt. Er nennt choreatische Konvulsionen des Gesichtes und der Extremitäten, Ohnmachten, epileptiforme Anfälle, hysterische Zufälle, Lach- und Weinkrämpfe. Bleuler faßt die Anfälle teils als psychisch, teils als organisch auf; auch glaubt er an Übergänge, in denen ein dauernder Gehirnzustand die Disposition zu Anfällen schafft, während ein psychisches Moment dieselben auslöst, oder umgekehrt. Er teilt die Anfälle in:

1. apoplektiforme Anfälle; die Kranken sinken zusammen, zeigen lallende Sprache, Störung des Schlingens und Fixierens, Unsicherheit in den Bewegungen; sie lassen Stuhl und Urin unter sich gehen. Mitunter tragen diese Anfälle hemiplegischen Charakter; die Zuckungen können doppelseitig, einseitig oder auf einer Seite stärker auftreten. Das Bewußtsein kann dabei fehlen, getrübt oder erhalten sein, desgleichen die nachträgliche Erinnerung. Ihre Dauer beträgt einige Stunden, aber auch länger oder kürzer.

2. Ohnmachten (auch psychisch),

3. Krämpfe einzelner Muskelgruppen, gemischt zwischen psychisch und organisch.

4. Lach- und Weinkrämpfe,

5. hysteriforme Anfälle in allen Formen, vom großen Anfall bis zu einzelnen Schüttelkrämpfen.

6. epileptiforme Anfälle von kurzer Dauer (selten über eine Minute), mit einem tonischen und klo-

nischen Stadium, selten mit allgemeiner Steifheit. Mit letzteren Anfällen hat Hüfler sich näher befaßt und einige Analogien mit der Epilepsie festgestellt. Vor allem beobachtete er ein Prodromalstadium; vorher stuporöse Kranke geraten in motorische Erregung, werden ruhelos und reizbar; dann setzt mit Somnolenz und bald klonischen, bald tonischen Krämpfen der Anfall ein. Die Bulbi werden nach oben gerollt, der Kopf nach vorn gebeugt; die Arme zeigen tonische Bewegungen, die Fäuste werden geballt; oder es treten klonische Zuckungen auf an den Armen und am Rumpfe, der auf und nieder geschleudert wird. Auch vasomotorische Störungen können dabei vorhanden sein; Rötung des Gesichtes, Blässe der Extremitäten; einmal sah Hüfler Gesichtsödem. Nach 5 bis 10 Minuten hellt sich das Bewußtsein plötzlich auf. — Ferner hat Hüfler katatonische Äquivalente festgestellt, welche den epileptischen Äquivalenten gleichzustellen sind. Auf motorischem Gebiete sah er plötzliches Steifwerden eines Armes, mitunter verbunden mit Parästhesien, außerdem periodisch wiederkehrende Störungen in der Innervation des Fazialis, z. B. sekundenlange Innervation eines einzelnen Astes desselben oder Ungleichmäßigkeit in den mimischen Bewegungen. Seltener fand er analoge Störungen am Hypoglossus. — Als Äquivalente auf sensiblem Gebiete nennt er Schmerzanfälle, ev. in Verbindung mit vasomotorischen Störungen (in einem Falle im Fuß, in einem andern Falle im 2. Ast des Trigeminus). — Die Zahl der Anfälle bei dem einzelnen Patienten ist sehr verschieden; sie können ganz vereinzelt bleiben oder erst nach Jahren sich wiederholen, können aber auch zum Status sich anhäufen; in einem Falle von Tetzner und in 2 Fällen von Gianelli erfolgte sogar im Status der Tod, ohne daß weder die Sektion noch die histologische Untersuchung außer erhöhtem Gehirngewicht (Hirnschwellung) eine greifbare Todesursache geboten hätte. Urstein hat sogar eine epileptische Form der Katatonie beschrieben, die sich durch das frühe Auftreten der Anfälle, durch häufige, mitunter serienweise Wiederholung derselben, durch epileptische Antezedentien und periodisch wiederkehrende Äquivalente kennzeichnet. Derselbe gibt auch statistische Angaben über die Häufigkeit der Anfälle bei Katatonie; er fand sie bei Männern in 8%, bei Frauen in 19% der Fälle, also bei letzteren mehr als doppelt so häufig als bei ersteren. Kraepelin hat Anfälle bezw. Äquivalente von solchen in 16%, bei seinem länger beobachteten Heidelberger Material in 19% der Fälle von Katatonie gesehen. Bei 6% der Männer und 3% der Frauen waren bereits in der Jugend Krämpfe bezw. Ohnmachten vorhanden gewesen. Diese Angaben beziehen sich auf die Katatonie; allgemein bei Dementia praecox finden sich epileptoide Anfälle in 2,3% (Bertschinger). — Die Zeit des Auftretens von Anfällen ist überaus schwankend; sie können einerseits das erste Krankheitssymptom überhaupt bilden, so daß solche Fälle anfangs für Epilepsie gehalten werden; andererseits können sie auch erst nach Jahren hervortreten. Sie könner ferner ganz regellos sich einstellen oder an bestimmte Zeiten gebunden sein; bei Frauen beobachtete sie Hüfler oft 1—2 Tage von der Menstruation.

Die Reflexe zeigen bei der Dementia praecox sehr häufig Anomalien. — Die reflektorischen Bewegungen der Iris sind bereits oben näher beschrieben worden. — Die Empfindlichkeit der Hornhaut ist oft sehr stark herabgesetzt, dementsprechend der Kornealreflex schwach; bei Katatonie ist er oft ganz aufgehoben. — Sehr oft ist auch der Rachenreflex nicht auszulösen, wiewohl man an dem Erröten der Wangen und dem Tränen der Augen sieht, daß die Empfindlichkeit der Schleimhaut keineswegs fehlt. — Über den Niesreflex kann man sich bei den künstlichen Fütterungen, bei welchen die Kranken oft keine Miene verziehen, ein Bild machen. — Der Hustenreflex fehlt oft; hierdurch erklärt sich die Tatsache, daß die Tuberkulose bei Dementia praecox oft bis zum Ende ohne einen Hustenstoß verläuft. — Auch die sonstigen Oberflächenreflexe sind oft herabgesetzt; der Plantarreflex soll nach Maillard in 75% der Fälle ganz fehlen, nach Trepsat in 64% der Fälle herabgesetzt, in 26% gesteigert sein. Das Babinskische Phänomen wurde von Roubaix neben Steigerung des Plantarreflexes und Fußklonus gesehen. Pförtner fand unter seinen 80 Fällen dreimal Verschiedenheit der Bauchdecken-, einmal der Plantarreflexe.

Im Gegensatz zu den Oberflächenreflexen sind die Tiefenreflexe sehr oft gesteigert. Meyer fand bei seinen 398 Fällen 179 mal, also in 45% lebhafte Patellarreflexe, darunter 17 mal sehr starke, 6 mal mit Klonus, 2 mal Fußklonus; dagegen fand er Abschwächung nur 14 mal. Trepsat gibt bei 59% Steigerung, bei 12% Herabsetzung, Pförtner bei 66%, dagegen Bertschinger nur bei 14% Steigerung der Reflexe an. Auch Differenz der Patellarreflexe kommt vor, wie sowohl Kleist wie Meyer und Pförtner berichtet haben. — Die Reflexsteigerung kennzeichnet sich durch eine klonusartige Reihe von Zuckungen oder durch Ausdehnung der Zuckung auf eine größere Zahl von Muskeln, z. B. auf den ganzen Oberschenkel. Sie ist oft nur vorübergehend bei Erregung, seltener umge-

kehrt. — Lebhafte Reflexe sehen wir auch oft an den Armen sowie an der Achillessehne; in einem Falle Bleulers zuckte beim Beklopfen des Kieferwinkels die gleichseitige Kopf-, Hals- und Brustmuskulatur. — Maillard ist bei seinen Fällen von Dementia praecox die Steigerung der Patellarreflexe mit gleichzeitigem Fehlen der Plantarreflexe aufgefallen. Er fand dieses Verhalten bei Dementia praecox in 70%, bei Mani nur in 15% der Fälle. — In gewissem Grade sind die Reflexe von dem Zustande der Muskulatur abhängig, insofern sie bei Hypertonie mehr gesteigert, bei Hypotonie mehr abgeschwächt sind; doch kommt auch das gegenteilige Verhalten vor.

Im Gang der Schizophrenen fällt das mangelhafte Zusammenspiel zwischen Armen und Beinen, die steife Haltung, die zeitliche und räumliche Unregelmäßigkeit auf. Letztere wurde von Mönkemöller und Kaplan nach einem besonderen Verfahren graphisch dargestellt. Auch Gleichgewichtsstörungen und Taumeln kommen vor.

Über die ebenfalls in das Gebiet der Motilität gehörenden Störungen von Sprache und Schrift werden wir später in anderem Zusammenhange hören.

Über die Störungen im Bereich der glatten Muskulatur ist wenig bekannt. Bleuler gibt an, daß primäre Atonie des Darms bei Katatonie vorkommt; Knapp und Pförtner nennen Darmlähmung als gelegentliche Ursache hartnäckiger Verstopfung, die bei Besserung des psychischen Befindens verschwindet. Mitunter findet man bei Katatonie periodisches Erbrechen. Die Magentätigkeit ist nach Rosenfeld ungestört, dagegen die Darmentleerung verzögert, wohl infolge schlackenarmer Kost. — Nach Pförtner kommt Harnverhaltung infolge von Schwäche des Detrusor vor. — Die glatte Muskulatur des Uterus zeigt nach Naecke, welcher mehrere einschlägige Fälle mitteilt, weder während der Geburt noch während des Wochenbettes eine Störung der normalen Funktion. (Fortsetzung folgt).

Mitteilungen.

— Eingetretener Hindernisse halber sehen sich die unterzeichneten Geschäftsführer genötigt, die auf den 8. und 9. November dieses Jahres angesetzte **43. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte** um 14 Tage zu verschieben. — Die Versammlung findet am 22. und 23. November zu Karlsruhe statt. Vortrags-Anmeldungen werden noch bis zum 8. November an einen der Unterzeichneten erbeten.

Die Geschäftsführer: Neumann. Barbo.

Referate.

— Schefold, Landrichter Dr., und Werner Dr. med.: Der Aberglaube im Rechtsleben. (Jurist.-psychiatr. Grenzfragen Bd. VIII Heft 8.) Halle a. S. 1912, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

In der 9. Versammlung von Juristen und Ärzten in Stuttgart am 19. Mai 1912 fand die Frage des Aberglaubens eingehende Besprechung in den interessanten Referaten von Schefold und Werner, die die Bedeutung des Aberglaubens in rechtlicher und medizinischer Hinsicht würdigten. Zweifellos richtig ist die Ansicht, daß beim Fehlen sonstiger Symptome einer Geistesstörung oder hochgradigen Geistesschwäche der Aberglaube allein keineswegs als krankhafte Störung der Geistestätigkeit angesprochen werden darf. Auch besteht vom ärztlichen Standpunkt aus kein Grund, dem Aberglauben einen besonderen gesetzlichen Schutz einzuräumen.

Daß der Aberglaube auch heute noch verheerende Blüten treibt, zeigen uns die Ausführungen der Referenten aufs deutlichste. Kürbitz-Sonnenstein.

— Hauptmann, A.: Die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1913. 23 S.

Eine vorzügliche Einführung in das wichtige Gebiet aus berufener Feder. Mercklin.

— Kirchhoff, Prof. Dr. Th.: Geschichte der Psychiatrie. (Handbuch der Psychiatrie von Aschaffenburg.) Leipzig 1912, Verlag von Franz Deutike.

In klarer, gedrängter Form gibt Verfasser einen interessanten Überblick über die Geschichte der Psychiatrie und beleuchtet damit auch zugleich die Kulturgeschichte im allgemeinen. Zuerst schildert er die Zeiten des Altertums, in denen die Medizin in den Händen der Priester lag; die älteste Fürsorge bestand nach einer Verordnung Solons darin, daß schlimme Irre eingesperrt wurden, gutmütige in Privatpflege bleiben sollten. Übrigens gab es schon im Jahre 875 in Ägypten eine eigene Irrenabteilung in einem Krankenhaus. Im Mittelalter hatten die alten Anschauungen über die einzelnen Lokalisationen des Gehirns keinerlei Förderung und Berichtigung erfahren; diese Zeit ist durch das furchtbare Dämonen- und Hexenwesen gekennzeichnet, das auch noch in den ersten Jahrhunderten der Neuzeit herrschte. Allmählich aber gewann dann die Pflicht der Fürsorge immer mehr die Oberhand, der Kampf gegen den mechanischen Zwang setzte ein, und die Leitung ging von den Priestern nach und nach in die Hände der Ärzte über.

Die Lektüre dieser trefflichen Übersicht über die Entwicklung der Psychiatrie ist eine durchaus lohnende und sehr interessante. Kürbitz-Sonnenstein.

Therapeutisches.

— **Liebe's Malzextraktpulver mit Lecithin** (Extr. malti siccum cum Licithino). Bestandteile: Malzextraktpulver mit 4% Lecithinalbumin = 1% phys. reiner Nervensubstanz, Lecith. pur., im Eßlöffel 0,12%. Das reine Malzextraktpulver, ein unter Luftleere zur Trockne eingedampfter, höchst wohlschmeckender Auszug mährischen Hanna-Gerstenmalzes ohne jeden Zusatz, verdankt Wirkung und Nährwert dem hohen Gehalt an Maltose, dem hohen Prozentsatz an aufnahmefähigen Eiweißstoffen und den für den Aufbau der Gewebe wichtigen phosphorsauren, eisenhaltigen Nährsalzen der Gerste. Mit Lecithin haben namentlich französische Ärzte glänzende Erfolge erzielt. Lecithin, im Tier- wie Pflanzenreich weitverbreitet, findet sich in allen Zellen und Säften des menschlichen Körpers, namentlich im Gehirn, in den Blutkörperchen, im Mark, in den Geweben des Nervensystems, im Eigelb sowie in den Keimlingen und Samen der Pflanzen, außerdem überall, wo Fett abgelagert ist. Nach den seitens zahlreicher Forscher mit Lecithin angestellten Versuchen besitzt es eine hohe physiologische Bedeutung für den Aufbau der phosphorhaltigen Nukleïnsubstanzen der Zelle und des Zellkerns. Das Fett des Körpers besteht aus einem Gemenge der verschiedenen Neutralfette, denen kleine Mengen Fettsäuren, Cholesterin und Lecithin konstant beigemengt sind. Daß die Lecithine von außerordentlicher Bedeutung für die Entwicklung und das Wachstum des Organismus sind, geht aus zahlreichen Beobachtungen, hervor. Versuche von A. Bickel, die Eiweiß- und Fettmästung mit Mineralkost zu vereinigen, namentlich durch gleichzeitige Darreichung von Phosphorverbindungen, insbesondere Lecithin, gaben überraschende Gewichtszunahmen. Vgl. „Über Mastkuren": Med. Klinik 1911 Nr. 12; Klin.-therap. Wochenschr. 1911 Nr. 16; Reichs-Med.-Anz. 1911 Nr. 16; Dr. G. Beck's Therap. Almanach 1912 I. Sem. S. 197. (Deutsche Ärzte-Zeitung 1. Januar 1913 Heft 1.)

— **Kollargol bei Zystitis** empfiehlt bestens bei der Behandlung Zystitiden verschiedener Provenienz Dr. Johannes Trebing, Assistent der Prof. v. Bardelebenschen Poliklinik für Frauenleiden in Berlin. (Über Kollargol bei Zystitis, Deutsch. med. Wochenschrift, 1913 Nr. 38); „es ist zum mindesten dem Argentum nitrikum gleichartig, an Dauerwirkung aber vielleicht überlegen." „in den angegebenen Konzentrationen für die entzündete Blasenschleimhaut schmerzlos und reizlos." (1% ige körperwarme Kollargollösung, möglichst lange in der Blase belassen; vorher mit warmer 3% iger Borsäurelösung Auswaschung der Blase.)

— **Elarson bei Epilepsie.** Wie Maier in Nr. 35 der Deutsch. med. Wochenschrift 1910 beschreibt M. Güssmann (Berlin) in Nr. 39 einen Fall von Epilepsie, bei dem durch Elarson eine wesentliche Besserung herbeigeführt worden ist, und hält weitere Versuche an einem größeren Material für wünschenswert.

Neuheiten aus ärztlicher Technik und Krankenpflege.

— Unter dem Titel: **Technik des Blutausstriches und eine neue Differential-Zähltafel für Leukozyten** (Deutsch. med. Wochenschr. 9. Okt. 1913 Nr. 41; Aus dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg) beschreibt V. Schilling ein Schema für die Zählung der Leukozyten (nebst Gebrauchsanweisung und bunter Zelltafel), das in Form einer Schreibtafel unter Mattglas und als Abreißblock hergestellt ist. Es ist zu beziehen durch Carl Zeiß in Jena, Geschäftsstelle: Hamburg, Rathhausmarkt 8. Die Auszählung dauert bei Geübten je nach dem Zellreichtum nur 5 bis 10 Minuten.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **J. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 32. 8. November **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Über die Anwendung der intrakutanen Luetinreaktion nach Noguchi in der Psychiatrie. Von Victor Kafka. (S. 391.) — Die körperlichen Störungen bei der Dementia praecox. Von Dr. Johann Michel, Bayreuth. Fortsetzung. (S. 393.) — Mitteilungen (S. 396): Großherzogl. Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz. Schlesien. Chemnitz. Erhöhung der Gehälter der Dresdener Anstaltsärzte. — Referate (S. 397). — Personalnachrichten (S. 397.) — Therapeutisches (S. 397.)

(Aus der Staaatsirrenanstalt Friedrichsberg-Hamburg. Direktor: Prof. Dr. Weygandt.)

Über die Anwendung der intrakutanen Luetinreaktion nach Noguchi in der Psychiatrie.

Von **Victor Kafka.**

Noguchi hat, kurz nachdem es ihm gelungen war, die Spirochaeta pallida rein zu züchten, Versuche gemacht, mit Hilfe der abgetöteten Spirochätenkulturen allergische Hautreaktionen zu erzielen. Diese Versuche waren von Erfolg gekrönt und Noguchi konnte bald (Münch. med. Wochenschr. 1911 Nr. 18 S. 2372) berichten, daß 46 normale Individuen und 100 mit verschiedenen nichtsyphilitischen Krankheiten (Tuberkulose, Malaria, Typhus, Pneumonie, Lepra, Karzinom, Lupus, Hirntumor, Dementia praecox, Alkoholpsychosen, Kankroid usw.) Behaftete, wenn sie intrakutan mit 0,05 der eine Stunde lang auf 60 ° C im Wasserbade erwärmten und mit 0,5 % Karbolsäure versetzten Aszitesagarkulturen („Luetin") geimpft worden waren, keine Reaktionen zeigten, die über die Grenzen rein traumatischer Reizung hinausgingen. In der Gruppe der Syphilitiker dagegen fand Noguchi folgende Resultate: Syphilis I 8 Fälle: 7—, 1+ (wenig behandelt), Syphilis II 12 Fälle: 10—, 2+; 37 Fälle nach Behandlung: 28+, 9—; Syphilis III 27 Fälle: alle +; Paralyse 72 Fälle: 45+, 27—; Tabes 5 Fälle: 3+, 2—.

Diese Zusammenstellung zeigt schon, welch großes Interesse diese Reaktion verdient, die anfänglich meist negativ, in den späteren Stadien der Lues positiv wird und besonders in der Tertiär- und Quartärperiode (Erbs Vorschlag für Metalues) besonders stark wird. Es ergibt sich auch, daß die Reaktion weniger bedeutungsvoll für den Dermatologen erscheint, als für die, die die Spätsyphilis in ihren Erscheinungsformen zu beobachten haben: den Internisten und Neurologen, den Ophthalmologen und Psychiater.

Wir wollen daher auf die meist von dermatologischer Seite angeführten Nachuntersuchungen, die sich auch der Hautreaktion mit Extrakten syphilitischer Organe zuwandten, nicht eingehen und uns nur mit der Bedeutung der Intradermoreaktion für die Psychiatrie beschäftigen, bei strikter Einhaltung der Noguchischen Vorschriften.

Resümiert sei nur, daß die Publikationen, die sich mit der tertiären und Metasyphilisgruppe beschäftigt haben, ausnahmslos bestätigen konnten, daß die Reaktion bei tertiärer Lues fast immer positiv ist (Kämmerer, Geber, Faginoli und Fisichella) und sich bei negativem Befunde eine gummöse Lues ausschließen läßt (Müller und Stein); die von Ascoli angeregte Untersuchung auf Beeinflussung der W.-R. durch die Intradermoreaktion wurde von einzelnen Autoren mit dem Resultate durchgeführt, daß sie tatsächlich ein Positivwerden einer bis dahin negativen oder schwach positiven W.-R. beobachten konnten (Müller und Stein), andere Autoren konnten das nicht finden (Baermann und Heinemann, Faginoli und Fisichella).

Da in Deutschland die Luetinreaktion an einer psychiatrischen Klinik oder Anstalt m. W. noch nicht ausgeführt worden ist, sei hier kurz über die Ergebnisse berichtet, die wir bei dem Material der

Irrenanstalt Friedrichsberg mit der Intrakutanreaktion hatten.

Wir stehen noch in den Versuchen, die wir seit mehreren Monaten, seit Noguchi Herrn Dir. Prof. Weygandt liebenswürdigerweise eine Versuchsmenge Luetin überlassen hat, ausführen. Immerhin können wir mit über 70 Fällen schon ein Urteil bilden; nach Abschluß unserer Untersuchungen werden dieselben mit Abbildungen usw. ausführlich an anderem Ort veröffentlicht werden.

Wir haben, wie andere Autoren (z. B. Baermann und Heinemann), die Erfahrung gemacht, daß eine einwandfreie Technik zur Erlangung von guten Reaktionen sehr wichtig ist. Die Injektion muß absolut intrakutan erfolgen; die Kanüle muß eine kurze Strecke (mehrere Millimeter) innerhalb der Haut wie ein kleiner Damm zu sehen sein, und bei der Injektion muß sich eine kleine weiße Quaddel bilden, deren Größe von der Beschaffenheit der Haut abhängt. Diese Art der Injektion ist bei Männern leicht, bei Frauen aber mit schlaffer, dünner Haut schwierig; es scheint diesem Umstande auch zuzuschreiben zu sein, daß wir bei Frauen relativ weniger starke Reaktionen gesehen haben. Den von Baermann und Heinemann angeführten Nachteil, daß die Luetinaufschwemmungen im Lauf der Zeit schwächer wirksam und verunreinigt werden, haben wir bisher nicht beobachten können. Dagegen möchten wir darauf aufmerksam machen, daß es wohl nötig ist, nur die von Noguchi neuerdings empfohlene Menge (0,035 Luetin plus 0,035 physiol. Kochsalzlösung) zu injizieren bei Auslassung der Kontrollimpfung und nicht, wie Benedeck, die doppelte Luetinmenge (0,07) zum Ausgangspunkt zu nehmen.

Unser Material bestand aus folgenden Fällen: 4 Nicht lues, 1 Lues II, 9 Lues latens, 11 Lues congenita, 8 sichere Lues cerebrospinalis, 2 fragliche Lues cerebrospinalis, 27 sichere Paralysen, 5 fragliche , 3 Tabes. Die Resultate sind aus der folgenden Tabelle zu ersehen.

Wir haben hier ein Material beisammen, das gerade für den Psychiater von großem Interesse ist, denn wir haben auf Lues cerebri, Paralyse, Lues latens und Lues congenita das Hauptgewicht gelegt. Die Frage der Reaktion der Nichtlues und frühen Luesstadien haben wir weniger in Betracht gezogen, da erstere durch die Arbeiten von Noguchi, Kämmerer u. a., letztere durch jene der meisten Autoren genügend geklärt erscheint.

Wir erhielten für die Lues cerebri 75% positive Reaktionen, für die Paralyse 60%, für die Tabes 100% (freilich nur 3 Fälle); bei Lues latens konnten wir in 44% der Fälle eine positive Reaktion feststellen, bei Lues congenita nur in 9%. Vielleicht werden sich diese Zahlen noch verschieben, wenn unser Material ein größeres ist.

Was die Qualität der Reaktionen betrifft, so konnten wir im großen Ganzen das von anderen Autoren Berichtete bestätigen. Doch können wir an der Hand unserer Fälle behaupten, daß sich eine positive Reaktion schon nach 24 bis 32 Stunden an der Stärke der Rötung und Infiltration erkennen läßt. Die negativen Reaktionen, bei denen nur leichte Rötung oder sehr geringe, kaum fühlbare Papelbildung vorhanden war, waren meist nach 48 Stunden verschwunden; Spuren waren freilich noch längere Zeit nachzuweisen.

Tabelle.

Art der Krankheit	Zahl der Fälle	++++ u. +++	++	+	schwach +	?	Spur und f —	—
Nichtlues	4	—	—	—	—	—	—	4
Lues II Rezidiv	1	—	—	—	—	—	—	1
Lues latens	9	—	—	2	2	—	3	2
Lues congenita	11	—	—	—	1	—	—	10
Sichere Lues cerebri	8	2	—	3	1	1	1	—
Fragliche Lues cerebri	2	1	—	—	—	—	—	1
Sichere Paralyse	27	1	2	9	4	1	2	8
Fragliche Paralyse	5	—	—	1	2	—	—	2
Tabes	3	1	1	1	—	—	—	—

Die positiven Reaktionen haben im allgemeinen besonders zwei auffallend divergente Typen; die schwächer oder stärker gerötete Papel, mit verschiedener, meist schwacher Hofbildung, die 5 bis 8 mm groß und nach 32 bis 48 Stunden deutlich zu sehen war, sich ca. 7 Tage hielt und dann allmählich zurückging. Diesen Typus fanden wir sehr häufig bei der progressiven Paralyse vertreten. Der andere zeigte schon kurz nach der Impfung, oft schon nach mehreren Stunden sehr starke ausgebreitete Rötung und derbe Infiltration, die sich vergrößerte und zur Bildung eines in der Haut fühlbaren großen Knotens führte. Später, nach dem 7. Tage, verkleinerte sich die Infiltrationszone und wurde schärfer begrenzt; es kam dann in einigen Fällen zur Pustelbildung mit Suppuration und Nekrose, in anderen verkleinerte sich die Stelle zusehends, ohne zur Pustelbildung zu führen. Einen derartigen Typus fanden wir häufiger bei der Lues cerebri und Tabes. Zwischen diesen beiden Typen ließen sich eine ganze Reihe von Übergangsformen unterscheiden, wie sie ja besonders von Kämmerer, Benedek u. a. eingehend geschildert

worden sind. Die histologische Untersuchung wird uns des Näheren über den Aufbau der verschiedenen Reaktionsstellen zu belehren haben. In zwei Fällen fand sich in den ersten Tagen Temperatursteigerung. Schmerzen waren nie vorhanden, höchstens bei den starken Reaktionen Jucken.

Es ist klar, daß der intrakutanen Luetinreaktion eine große praktische und theoretische Bedeutung zukommt.

Praktisch kommt in Frage 1. daß die Reaktion für Lues spezifisch ist, daher wie auch in einer Anzahl von Fällen unserer Zusammenstellung eine negative W.-R. ergänzt, 2. daß die tertiäre Lues so häufig positive Reaktionen zeigt, daß ein negatives Resultat gegen Lues III, besonders die gummöse Form spricht, ein gleiches scheint für die Tabes zu gelten, 3. daß sich auch Unterschiede in der Reaktion der Fälle von Paralyse und Lues cerebri zeigen, 4. daß sich wichtige Beziehungen zwischen Behandlung und Stärke der Reaktion finden.

Theoretisch aber scheint, wie schon Baermann und Heinemann betonen, die Luetinreaktion berufen, daß mit ihrer Hilfe die bei Lues vorhandenen Immunitätsverhältnisse studiert und vielleicht auch auf diesem Wege Aufklärung über das Wesen der verschiedenen Stadien der Lues (besonders auch der Metalues), der Herxheimerschen Reaktionen und ähnlicher Fragen gewonnen werden. Darauf soll an anderem Orte eingegangen werden; hier sei nur zum Schlusse nochmals auf den großen Wert dieser neuen Errungenschaft der modernen Luesforschung aufmerksam gemacht.

Die körperlichen Störungen bei der Dementia praecox.

Von Dr. **Johann Michel**, Hilfsarzt an der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt zu Bayreuth.

(Fortsetzung.)

Sensibilität.

Die Prüfung der Sensibilität ist natürlich bei dem bekannten Geisteszustand der Schizophrenen mit großen Schwierigkeiten verbunden. Auch die Verwertung positiver Befunde ist oft nicht leicht; läßt sich doch selbst eine Trennung zwischen dem, was psychisch und organisch ist, hier noch viel schwerer als bei den sonstigen Störungen am Nervensystem durchführen, da sich auch bei den sog. organischen Krankheiten zahlreiche ähnliche Störungen vorfinden. — So z. B. finden wir bei Dementia praecox vielfach keine oder ganz ungenügende Reaktion auf Schmerzreize. Es kann dies seine Ursache haben teils in der Beeinträchtigung des Sensoriums, teils in der Unfähigkeit zu motorischer Äußerung, teils in Störung des perzipierenden Apparates. Daß letztere vorkommt, erscheint dadurch wahrscheinlich, daß wir mitunter Analgesie bei intakter Berührungsempfindung vorfinden. Die Analgesie erklärt uns die Gefühllosigkeit der Kranken bei Selbstverstümmelungen. — Hyperalgesie und Hyperäthesie ist nur selten zu beobachten. — Die Sensibilitätsstörungen können je nach dem psychischen Befinden wechseln; sie können auch anfallsweise, ev. in Verbindung mit vasomotorischen Störungen auftreten, wie wir bereits bei den von Hüfler aufgestellten katatonischen Äquivalenten gesehen haben. Sie können kortikalen Typus tragen; so hat Rosenfeld in einem Falle halbseitige Sensibilitätsstörungen, bei zwei anderen Katatonikern doppelseitige isolierte Tastlähmung nachgewiesen.

Herdsymptome.

Mit letzterer Angabe habe ich bereits das Gebiet der Herdsymptome betreten, welche ich hier, soweit solche bei Dementia praecox beobachtet sind, kurz zusammenfassen möchte. Sie liegen größtenteils auf motorischem Gebiete. Rosenfeld hat drei Fälle von Katatonie gesehen mit teils schlaffer, teils spastischer Hemiplegie und einzelnen Symptomen von Seiten der Reflexe, wie sie für gewöhnlich bei organischen Gehirnerkrankungen zu finden sind; in andern Fällen fand er schlaffe Lähmungen mit Beteiligung des Facialis, ferner anfallsweisen Sprachverlust mit rechtsseitigen athetoiden Bewegungen, Schriftstörung bei rechtsseitiger Hemiparese, zentrale Lähmung des Facialis. — Auch Knapp erwähnt zentrale Fazialislähmung mit Freibleiben des obern Astes. Nach seinen Angaben können diese Lähmungen apoplektiform eintreten; einmal sah er stundenlang dauernde schlaffe Lähmung des rechten Armes. — Klehmet teilt einen Fall von Katatonie mit, in dem mit Ausbruch der Krankheit akute Linkshändigkeit (bes. auch beim Schreiben) eintrat, obwohl der Pat. früher Rechtshänder war; auch wurde beim Gehen das linke Bein bevorzugt. All diese Störungen können wohl zum Teil psychisch bedingt sein, zum Teil weisen sie jedoch bestimmt auf Herderkrankungen hin. — Ähn-

lich verhält es sich mit den Störungen der Sprache. Kraepelin beobachtete in 2 Fällen, solange die Kranken im Zustand dumpfer Benommenheit sich befanden, deutliche amnestische Aphasie, indem die Kranken vorgelegte Gegenstände nicht erkennen und benennen konnten, obgleich das Sprechen nicht gestört war und die Kranken offenbar sich bemühten Auskunft zu geben. Von sonstigen Sprachstörungen nennt Pförtner das Stottern, Silbenstolpern, Skandieren, infantile Veränderungen der Sprache. — Die Schrift kann nach Knapp dieselben Störungen zeigen, welche wir bei der Paralyse finden: Auslassungen, Verdoppelungen, Versetzungen von Buchstaben, unregelmäßige Form derselben, Verstümmelung von Worten. Mitunter sollen die Schriftstücke ganz und gar der Art sein, daß man sie von den agraphischen Störungen der Paralytiker oder an zerebralen Herderkrankungen leidender Patienten nicht zu unterscheiden vermag. — Ebenso wie die Lähmungen können auch die Reizerscheinungen kortikalen Typus tragen, so vor allem die bald doppel-, bald einseitigen, bald auf einer Seite überwiegenden Zukkungen der Gesichtsmuskulatur, die Lach- und Weinkrämpfe und manche Anfälle. Kraepelin beschreibt z. B. einen Fall, in dem schwerer Kollaps mit Krämpfen der linken Körper- und der rechten Gesichtshälfte auftrat, Hüfler nennt sekundenlange Innervation einzelner Äste des Facialis und Störungen im Hypoglossus. Bleuler erwähnt Anfälle hemiplegischen Charakters, bei welchen nach dem Anfall eine Seite schwächer erscheint, ferner einseitige oder auf einer Seite stärker auftretende Zuckungen. — Besonders sind hier die Arbeiten von Kleist zu nennen. Dieser behandelt in seinen Untersuchungen die Bewegungs- und Sprachstörungen bei akinetischen und hyperkinetischen Geisteskranken und erwähnt dabei eine Reihe von Symptomen, die wir als Merkmal der Dementia praecox kennen gelernt haben. So macht er Angaben über „psychomotorische" Apraxie und Aphasie, die sich in Langsamkeit und Flüchtigkeit, Schwäche und Unstetigkeit der Innervation, in Ausbleiben oder Verspätung von Bewegungen, in Schwierigkeiten beim Sprechen äußern bei Ausschluß von Lähmungen, Hemmungen oder Wahnvorstellungen; gleichzeitig geraten, wenn eine Muskelgruppe innerviert wird, auch andere Muskeln, besonders die Antagonisten, in Spannung. Ferner erwähnt Kleist die Hypertonie, Hypotonie, die wächserne Biegsamkeit, die mitunter vorhandene eigenartige Ataxie, die Mitbewegungen sowie die Hyperkinesen, letztere bestehend in choreatischen, athetoiden und Zwangsbewegungen. Er weist auf die große Ähnlichkeit all dieser Störungen mit jenen Symptomen hin, welche wir bei Erkrankungen des Kleinhirn-Stirnhirnsystems, vor allem bei Chorea, beobachten können, und macht es wahrscheinlich, daß auch der größte Teil der bei Dementia praecox auftretenden Motilitätsstörungen auf dieses System zu lokalisieren ist. — Auch andere Forscher verweisen auf das Kleinhirn. Klippel und Shermitte beobachteten unter 17 Fällen bei der Sektion 5 mal Atrophie des Kleinhirns und Veränderungen in dessen feinerer Struktur; über einen ähnlichen Fall berichtet Henri Claude. Babinski glaubt, daß bei Katatonie und Katalepsie das Kleinhirn mit beteiligt ist. Dufour berichtet über einen Fall von Katatonie, in welchem Kleinhirnsymptome wie Taumeln, Gleichgewichtsstörungen, Anfälle von Zittern so deutlich hervortraten, daß er von einer zerebellösen Form der Dementia praecox sprechen zu dürfen glaubte. Auch Schröder beobachtete bei Erkrankung des Kleinhirns katatonische Symptome. Andererseits sind auch wieder Katatonien beschrieben worden, bei denen die Sektion Gliomatose des Gehirns bezw. Gehirnabszeß aufdeckte (Kaiser, Schäfer, Schmidt). — Sicher würden wir auch unter den vasomotorischen, sekretorischen und splanchnischen Störungen manche Herdsymptome finden, wenn wir dieselben genauer zu lokalisieren vermöchten. — Ziehen wir das Resultat aus den gemachten Beobachtungen, so finden wir Herdsymptome von fast allen Teilen des Gehirns aus, soweit wir deren Funktion überhaupt kennen — man denkt ja auch bei den Sinnestäuschungen an zentrale Ursachen —; im übrigen bedarf ja gerade dieses Gebiet noch eingehender Forschung.

Sekretion.

Bei den Störungen der Sekretion sind zu unterscheiden solche von Seiten der Haut, der Verdauungsdrüsen und der Nieren; im Anschluß daran möge die Menstruation und die innere Sekretion besprochen werden.

Verminderung der Schweißsekretion scheint vorzukommen und äußert sich in abnormer Trockenheit der Haut. Häufiger und leichter festzustellen ist die Hypersekretion der Schweißdrüsen, die bald bei psychischer Erregung und Angst, bald ohne solche im Stupor, auch bei kühler Temperatur, auftritt. Mitunter ist sie umschrieben. Sehr starke Schweißsekretion sah Meyer unter seinen 398 Fällen 4 mal; bei einem stuporösen Katatoniker beobachtete er zweimal halbstündigen enormen Schweißausbruch. Gleiches sah Bleuler bei Onanie und nach Sondenfütterung. — Auch die Talgdrüsen können vermehrt sezernieren; Tomaschny beobachtete

sieben Jahre lang einen Fall, in dem regelmäßig einige Tage vor Ausbruch der Erregung starke Seborrhöe des Gesichtes auftrat und die Erregung mit Sicherheit ankündigte.

Von den Störungen in der Sekretion der Verdauungsdrüsen sind diejenigen der Speicheldrüsen am auffallendsten. Ständige Trockenheit des Mundes findet man ab und zu; starke Hypersekretion, bis zu mehreren Litern im Tage, ist häufig. (Kraepelin hat in einem Falle innerhalb 6 Stunden 375 ccm Speichel aufgefangen.) Unter den 398 Fällen Meyers fand sie sich 7 mal. Rohde hat in einem Falle den abgesonderten Speichel untersucht. Er fand ein spezifisches Gewicht von 1,0026, einen Stickstoffgehalt von 0,191%, Werte, welche an der untern Grenze der Norm liegen und nicht für eine Speichelabsonderung infolge von Sympathikusreizung sprechen. — Über die Sekretion der übrigen Drüsen des Verdauungstraktus ist wenig bekannt. Ziehen hat bei schweren Katatonien Hyperchlorhydrie nachgewiesen und hält Veränderungen in der Sekretion des Darmsaftes für wahrscheinlich; bei Schwachsinn soll sich Verminderung der Salzsäuresekretion der Magenschleimhaut, bei akuten paranoiden Zuständen normale Saftsekretion finden.

Hier sei auch das Verhalten der Tränendrüsen erwähnt. Nach Knapp ist die Tränensekretion oft vermindert, besonders in Fällen, die vorübergehend das Bild der Melancholie bieten; auch bei starken Schmerzreizen soll es mitunter — trotz vorhandener Schmerzempfindung — nicht möglich sein Tränensekretion auszulösen. Verstärkung derselben hat er nie gesehen, wohl aber ist sie von Pförtner in drei Fällen beobachtet worden.

Die Sekretion der Nieren ist nach verschiedenen Richtungen hin zu prüfen. Die Harnmenge ist im allgemeinen etwas vermindert, sehr variierend entsprechend der Wasseraufnahme. Bezüglich des wiederholt beobachteten Diabetes insipidus glaubt Reichardt, daß es sich um eine psychische Anomalie, nicht um eine körperliche Erkrankung handelt. — In der Zusammensetzung des Harns zeigen sich ab und zu abnorme Befunde. Reichardt sah in Stuporzuständen bis zu 5% Eiweiß; Pötzl beschreibt einen Fall, in dem während der akuten Phasen regelmäßig starke Albuminurie neben anderen körperlichen Symptomen (z. B. Blutdrucksteigerung) sich einstellte. Dide und Chénais teilen zwei Fälle mit, in welchen Eiweiß intermittierend auftrat. Jedoch gehört die Eiweißausscheidung immerhin zu den Ausnahmen; so z. B. hat Dide in den von ihm beschriebenen Fällen von Pseudoödem niemals Eiweiß nachweisen können. — Zucker findet sich im Harn nur selten und spielt in der Ätiologie der Dementia praecox kaum eine Rolle. — Die Menge des ausgeschiedenen Harnstoffs soll im allgemeinen vermindert sein; Urobilin soll selten, Indikan nach Rosenfeld bei künstlicher Ernährung, nach Pförtner bei Katatonikern mit allgemeiner Muskelspannung und in depressiven Phasen mit starker Hemmung nachweisbar sein. — Heinicke weist auf das häufige Vorkommen von Phosphaturie und Ammoniurie bei Dementia praecox hin, die teils manifest, teils latent auftreten. Mitunter konnte er nur Ammoniurie nachweisen; in diesen Fällen machte es ihm den Eindruck, daß sich mit Abnahme des Ammoniaks auch das psychische Befinden besserte; in den anderen Fällen konnte er einen Zusammenhang zwischen psychischem Befinden und Harnbefund nicht konstatieren. Er läßt es offen, ob die Reaktion auf eine Anhäufung von Ammoniak im Blut oder auf eine mehr lockere Bindung desselben im Harn zurückzuführen ist. — Was schließlich die Ausscheidung von Salzen und künstlich zugeführten Stoffen durch die Nieren betrifft, so ist nach Dide diejenige der Chloride teils normal, teils vermehrt, die der Phosphate unverändert, diejenige von Erdmetallen (bes. Magnesium) nach d'Ormea und Maggiotto vermindert, am meisten bei Katatonie, weniger bei Hebephrenie und Dementia paranoides. Letztere untersuchten auch die Ausscheidung von Methylenblau und Jodkali und fanden, daß sie bei Dementia praecox erheblich später begann und länger dauerte als bei Gesunden. Auch die Ausscheidung von Lävulose ist nach Lugiato verlangsamt.

Von den Drüsen mit innerer Sekretion haben wir die Geschlechtsdrüsen, soweit etwas daüber bekannt ist, bereits erwähnt (Arbeiten von Fauser); sonst wissen wir nur einiges über die Schilddrüse. Diese war schon vielfach der Gegenstand der Untersuchungen. Bertschinger fand Schilddrüsenvergrößerung etwa in der Hälfte seiner Fälle, mißt jedoch diesem Umstande keine Bedeutung bei, da sich Struma bei der dortigen Bevölkerung in derselben Häufigkeit findet. Bei einem Katatoniker beobachtete er periodisches An- und Abschwellung der Schilddrüse in der Weise, daß die Anschwellung den Zeiten der Erregung entsprach. In einem Falle von Kraepelin schwand die Struma mit Ausbruch der ersten Krankheitssymptome, in andern Fällen zeigte sich Wechsel in der Größe während der Entwicklung des Leidens. Einigemale beobachtete er Exophthalmus mit Zittern, im Gegensatz dazu auch an Myxödem erinnernde Hautverdickungen, besonders im Gesicht. Er legt jedoch diesen Erscheinungen keinen großen

Wert bei. Meyer fand Schilddrüsenvergrößerung unter 398 Fällen 5 mal, jedoch nur zweimal Tachykardie ohne sonstige Basedowsymptome. Judin erwähnt, daß sich bei Dementia praecox einerseits Erscheinungen ungenügender Schilddrüsensekretion, andererseits solche von Hyperthyreoidismus finden, wie abnorme Schweißsekretion und Tachykardie. Auch die bisher erzielten Resultate bei partieller Schilddrüsenexstirpation lösen die Zweifel nicht, da die einen Forscher (Kanavell und Pallock) durchaus negative, andere (Berkley, Davidenkof) positive, wieder andere teils negative, teils positive Erfolge mitteilen; Winslow sah in frischen Fällen gute, in alten Fällen ungünstige Resultate.

Die Menstruation ist nach Pförtner in ²/₃ der frischen Fälle gestört, während sie bei abgelaufenen Fällen wieder regelmäßig ist; doch kann sie auch bei letzteren jahrelang zessieren. Dem entsprechen auch die Angaben von Schäfer. Unter 54 Fällen von „chronischer Paranoia“ fand er 8 Fälle mit wenig, 12 mit stärker gestörter Menstruation; in 7 Fällen zeigten sich die Kranken während der Menses stärker reizbar, impulsiv, mehr erotisch; bei einigen beobachtete er vermehrte Halluzinationen. In 69 Fällen von „akuter Paranoia“ war die Menstruation nur 28 mal regelmäßig; 5 mal war sie stark, 5 mal vorübergehend gestört; in 31 Fällen fehlte sie ganz. Unter den letzteren befanden sich 19 Fälle, in welchen die Menstruation bis zum Ausbruch der Psychose regelmäßig war und erst mit Eintritt derselben zessierte. Er glaubt, daß die Menstruationsanomalien mitunter als veranlassendes Moment für das Auftreten der Krankheit in Betracht kommen und daß sie deren Verlauf auch weiterhin modifizieren können, indem sie „krankhafte Umstimmungen und abnorme Gehirnzustände setzen.“ Bei chronischen Psychosen vermißte Naecke einen Einfluß der Menstruation in 65 % der Fälle; nur in 20—25 % hielt er ihn für sicher wahrnehmbar, indem die Kranken motorischen Drang, psychische Unruhe, größere Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Kongestionen und verschiedene andere Symptome darboten. Er konstatierte, daß der Menstruationsvorgang bei chronischen Psychosen im allgemeinen nicht vom normalen abweicht und daß der Einfluß auf den Gang des Leidens ein relativ geringer ist. — Hegar ist der Ansicht, daß eine Menstruationsstörung den Ausbruch einer Psychose begünstigen, eine schon bestehende Psychose ungünstig beeinflussen kann; während der Krankheit eintretende Menstruationsstörungen, besonders Amenorrhöe, hält er für eine Teilerscheinung derselben.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Großh. Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz.** Eine sehr nachahmenswerte Einrichtung, das große Publikum über Irrenanstalten und deren Einrichtungen aufzuklären und die da und dort noch bestehenden ungeheuerlichen Vorstellungen darüber zu korrigieren, hat das Großh. Bad. Ministerium des Innern bei Eröffnung der neuen Großh. Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz getroffen. Am Tage nach der offiziellen Eröffnungsfeier, einem Sonntag, wurden während des ganzen Nachmittags sämtliche Gebäude der Anstalt der Allgemeinheit zur Besichtigung freigegeben, wobei Angestellte und Bauführer die Einrichtungen erklärten, soweit dies bei dem großen Andrang möglich war. Das Interesse des Publikums für die Anstalt war so groß, daß in den zur Station Reichenau führenden Zügen selbst Gepäckwagen besetzt waren, sowie Extrazüge von der Bahn eingestellt werden mußten. Allein auf den umliegenden Stationen wurden rund 3400 Fahrkarten nach der Anstalt gelöst. Mit der großen Zahl von Besuchern, die zu Fuß, Fahrrad, Wagen und Auto kamen, belief sich die Zahl auf mindestens 6000. Interessant war es, sich unter das Publikum zu mischen und die Anschauungen und Urteile zu hören, vornehmlich das Erstaunen über die fehlenden Gummizellen, Zwangsmittel etc. O.

— **Schlesien.** Der Oberpräsident hat soeben den Regierungen mitgeteilt, daß in der vorjährigen Konferenz der Landesdirektoren auch die Frage erörtert worden ist, ob der erheblichen Zunahme der Geisteskranken durch Aufklärung der Bevölkerung über die Ursachen der Geisteskrankheiten entgegengetreten werden könnte. Zu diesem Zweck hat der Herr Landeshauptmann ein Merkblatt ausarbeiten lassen und den Oberpräsidenten gebeten, seine Verteilung durch die staatlichen Behörden zu veranlassen. Der Minister des Innern hat sich damit einverstanden erklärt. Die Druckkosten werden durch den Provinzialverband getragen. Der Oberpräsident ist der Meinung, daß kein Mittel unversucht bleibe, das auch nur in beschränktem Maße geeignet wäre, die Zunahme der Geisteskranken zu verhüten, und hat daher die Regierungen ersucht, dieses Merkblatt in geeignet erscheinender Weise verbreiten zu lassen. Vergl. auch den Aufsatz Mercklins, „Ein psychiatrisches Merkblatt“, diese Wochenschrift XV. Jahrgang Nr. 23.

— **Chemnitz.** Nachdem die Irrenfürsorge im Königreich Sachsen vom Staate übernommen worden ist, wird die bisherige städtische Irrenanstalt in Chemnitz in der Hauptsache zur Unterbringung chronisch körperlich Kranker und voraussichtlich auch gewisser Arten von Nervenkranken, namentlich Neurastheniker und

Unfallneurotiker, sowie zu einer Beobachtungsstation für psychopathische Kinder eingerichtet werden.

Prof. Dr. Weber verbleibt an der Anstalt als Direktor.

— Der Rat zu Dresden hat auf Anregung der Stadtverordneten vom 1. Januar 1914 ab eine **Erhöhung der Gehälter der Ober-, Anstalts- und Hilfsärzte** der städtischen Heil- und Pflegeanstalt beschlossen. Die Ober- und Anstaltsärzte erhalten 4600 bis 7200 M Gehalt, aufsteigend nach je drei Jahren um 500 M, 600 M und weiter um je 500 M bis zur Erlangung des Höchstgehaltes nach 15 Jahren. Familienwohnung ist mit 500 Mark in das Staffelgehalt einzurechnen. Das Anfangsgehalt der Hilfsärzte wird auf 2000 M festgesetzt, es steigt zweimal jedes Jahr um je 200 M bis zum Endgehalt von 2400 M. Daneben wird freie Station (Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäscheversorgung und Bedienung) im Wert von 1300 M gewährt.

Referate.

— Stolkind: Die Klinik des Paratyphus. Kabitzsch, Würzburg, 1912. 15 S.

Verf. unterscheidet eine typhöse, eine gastrointestinale, eine choleraähnliche und eine influenzaähnliche Form. Bei der symptomatischen Ähnlichkeit des Paratyphus mit den genannten Krankheiten ist eine diagnostische Feststellung nur auf Grundlage bakteriologischer Untersuchungen möglich. Mercklin.

— Heim-, Heil- und Erholungsanstalten für Kinder in Deutschland in Wort und Bild, I. Band. Redigiert von Prof. Dr. A. Keller, Berlin. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1913. 459 Seiten.

Das sehr reich und schön illustrierte Werk gibt einen guten Einblick in die ungemein verschiedenartigen Einrichtungen für Kinderschutz und zeigt in erfreulicher Weise, wie hoch die soziale Fürsorge auf diesem Gebiete entwickelt ist. Der Wechsel von geschichtlichen, verwaltungstechnischen und beschreibenden Mitteilungen ist ein Vorzug der Darstellung, da gewisse Wiederholungen bei einem derartigen Werke unvermeidlich sind. Mercklin.

— E. Bleuler, Zürich: Kritik der Freudschen Theorien. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 70 Heft V S. 665.

Bleuler kommt zu folgendem Schluß: Wie Sie sehen, scheint meine Kritik Freuds komplizierte Gebäude zunächst vollständig zusammenzuschlagen. Aber bei genauerem Zusehen findet man in dem was übrig bleibt, so viele richtige Beobachtungen als brauchbare Bausteine und so viele geniale architektonische Ideen, daß es leichtfertig wäre, alles miteinander unbesehen abzulehnen. Freud hat uns einen Einblick in denjenigen — bis jetzt ziemlich unbekannten — Teil der Psychologie eröffnet, in dem die Krankheitssymptome gewoben werden, und das ist ein großes Verdienst, wenn man auch bei besserem Zusehen manches ohne seine Methoden hätte finden können, und wenn auch — numerisch gewertet — mehr von seinen Einzelideen abzulehnen ist, als Bestand haben wird.

— Hottinger, Privatdozent Dr. R.: Über Cystitis. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Dermatologie etc., Herausgeber Prof. Dr. Jadassohn, II. Band Heft 7.) Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1913. 29 S.

Verfasser geht systematisch vor. Erst werden die Cystitiserreger besprochen, dann wird der begünstigenden Momente gedacht (hier würde der Psychiater gern gesehen haben, wenn auch die Paralyse erwähnt worden wäre); darauf folgt die Symptomatologie; bei der daran schließenden Erörterung der Diagnose findet das Cystoskop eine eingehende Würdigung; endlich sind Prognose, Prophylaxe und Therapie eingehend dargelegt. Alles in allem eine für den Praktiker, auch für den praktischen Irrenarzt recht brauchbare Broschüre.

Wern. H. Becker, Weilmünster.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— Unter den **Irrenärzten der Brandenburgischen Provinzialverwaltung** sind im letzten Halbjahr folgende Veränderungen eingetreten:

Die Ärzte Dr. Försterling in Landsberg a. W. und Dr. Georg Brandt in Sorau sind am 1. April zu Oberärzten ernannt worden. Als Ärzte wurden angestellt die Assistenzärzte Dr. Voß in Sorau am 1. Juli und Dr. Zimdars in Landsberg a. W. am 1. Oktober 1913. Neu eingetreten sind die Assistenzärzte Dr. Gorn am 1. Juni in Sorau und Dr. Hallervorden am 1. September 1913 in Landsberg a. W.

— **Schlesien.** Dr. Adolf Mattern, bisher Assistenzarzt an der Königl. Württembergischen Heilanstalt Weinsberg, als Assistenzarzt bei der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Kreuzburg, O.-S., Dr. Paul Paczek, bisher Assistenzarzt bei der Knappschafts-Augenklinik in Kattowitz, als Assistenzarzt bei der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Plagwitz, Dr. Richard Storz, bisher Anstaltsarzt bei der Heil- und Pflegeanstalt Kutzenberg, als Assistenzarzt bei der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Bunzlau angestellt. Ignatz Praetorius, Assistenzarzt bei der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Rybnik, durch Prov.-Ausschußbeschluß vom 21. Oktober 1913 zum Abteilungsarzte bei derselben Anstalt vom 1. Oktober 1913 ab ernannt.

Therapeutisches.

Syrupus Kolae compositus „Hell" im Lichte moderner Forschungsergebnisse.

Von Dr. Julius Flesch, em. I. polikl. Assistent in Wien.

In den letzten drei Jahren hatte ich die besondere Genugtuung, all das, was ich gelegentlich der Einführung des Syrupus Kolae compositus „Hell" auf deduktivem

Wege behauptete, sowohl durch die Praxis als auch experimentell von hervorragender Seite vollauf bestätigt zu finden. Es sind insbesondere zwei Gruppen von Publikationen, die darauf Bezug haben.

Im Jahre 1909 erschien in der „Zeitschrift für Pathologie und experimentelle Therapie" 1911 Bd. 8 eine Arbeit von Emil Bürgi in Bern, unter dem Titel „Neues Gesetz über die Wirkung von Arzneikombinationen." Das Wesen der Bürgischen Entdeckung besteht darin, daß „eine Mehrheit von gleichzeitig wirkenden Medikamenten im tierischen Organismus nur dann einen ungewöhnlich hohen, über dem Additionsergebnisse der Einzeleffekte liegenden Gesamteffekt auslöst, wenn die einzelnen Glieder der Medikamentenmischung unter sich verschiedene pharmakologische Angriffspunkte haben; Arzneien mit gleichem Angriffspunkt zeigen bei gleichzeitiger Einfuhr in den Tierleib eine glatte Addition ihrer Einzelwirkungen." Zur Erklärung dieser experimentell gesicherten Tatsache verwies Bürgi auf die Ehrlichsche Rezeptorenlehre, eine Analogie, die in der Tat naheliegt, wenn man nur das Wort Angriffspunkt durch Rezeptor ersetzt. Das Novum und Bedeutungsvolle dieser Behauptung liegt also in dem Nachweis der einfachen Addition von Arzneikombinationswirkung bei gleichen pharmakologischen Angriffspunkten, und der potenzierten Wirkung bei Mitteln mit wohl gleichartiger Wirkung, aber verschiedenen pharmakologischen Angriffspunkten. Bürgi beweist diesen Grundsatz durch eine Reihe von Arzneikombinationen, und wenn wir unsere diesbezüglichen Erfahrungen Revue passieren lassen, können wir noch unzählige Beispiele anfügen. Er bringt als Beispiel einer Additionswirkung die gemeinsame Verwendung von Äther und Chloroform, als Paradigma einer potenzierten Wirkung Morphium und Urethan. Meiner Überzeugung nach beruht die Pharmakotherapie der letzten 10 Jahre unbewußt auf dieser Erfahrungstatsache. Die Wirkung des Skopolaminmorphin, Theobrominnatriosalizylikum, Theocin, Quecksilberarsen, Eisenarsen, Enesol, Digistrophan, Digitalis-Extraktum-nucis-Kombination, die verschiedensten Kardiaka-Diuretikakombinationen, Digitalis-Koffein, die verschiedensten Lokalanästhetika, Stovain-Adrenalin, Eucain-Adrenalin, andere Kombinationen von Jod-Eisen, Pepsin-Salzsäure, Kombinationen gegen Asthma in Form von Jod-Belladonna-Morphin, verschiedene Antipyretika und Nervina-Mischungen sind insgesamt Bestätigungen obiger Tatsache. Kolle hat in Verfolgung dieser Richtung den neuen therapeutischen Grundsatz ausgesprochen, daß durch die Vereinigung mehrerer Arzneien die Schädlichkeit der einzelnen Komponenten vermindert wird. Wohl wurde in neuerer Zeit die Beweiskraft aller dieser Versuche angezweifelt, allein die praktische Erfahrung spricht außerordentlich für deren Richtigkeit, und das ist eine der verläßlichsten Stützen. Haben doch auch die alten Ärzte, die doch unstreitig gute Beobachter waren, die kombinierte Verschreibweise besonders bevorzugt. Dann kam die Periode des therapeutischen Nihilismus, und heute stehen wir wieder mitten in den Arzneikombinationen, wenn auch aus geänderten Anschauungen heraus. Es zeigt sich eben wieder einmal, daß wir von neuen Anschauungen immer wieder auf ältere zurückkommen, jedoch dann von einer höheren Warte, wie dies Leibnitz im Vergleiche mit der Spirale ausgedrückt hat. Schon im Jahre 1900 habe ich in meiner Einführungsarbeit aus dem Nervenambulatorium der allgem. Poliklinik (Prof. Benedikt) in Nr. 43 der „Wiener klinischen Rundschau" wörtlich folgendes gesagt: „Die Resultate meiner Versuche mit diesem Präparate waren außerordentlich befriedigend, ja mitunter überraschend, wie ich sie vorher mit einzelnen Medikamenten nicht erzielen konnte. Der Unterschied liegt eben darin, daß nicht bloß ein einzelnes, nur in bestimmter Richtung wirksames Tonikum, sondern alle bewährten Stimulantia und Nervina gleichzeitig zur Wirkung gelangen." Den Begriff der verschiedenen pharmokodynamischen Angriffspunkte der einzelnen Komponenten habe ich in derselben Arbeit gleichfalls, wenn auch mit anderen Worten, festgelegt.[1])

Über die im Syrupus kolae compos. „Hell" enthaltenen Glycerophosphate und über das Chininum ferrocitricum wäre nichts Neues zu sagen, sie haben sich als Blut- und Zellnahrung einen dauernden, unbestrittenen Platz bei der Bekämpfung der Anämien und Aufbrauchkrankheiten erobert.

Daß Kola in erster Linie durch seinen Gehalt an Koffein (2 bis 3%), weniger durch das Glykosid (Kolanin), am allerwenigsten aber durch den in ihm enthaltenen Gerbstoff wirkt, ist zweifellos. Ist doch auch gerade die Entgerbung der Kola, wie sie im Syrupus kolae compos. Hell in mustergültiger Weise gelungen erscheint, ein Vorzug desselben, der ihn vor allen Nachahmungen so außerordentlich auszeichnet. Ohne Entgerbung ist das Präparat tintenartig, schmutzig, sedimentiert und ekelhaft schmeckend, begreiflicherweise auch ohne die typische Gesamtwirkung. Ein solches minderwertiges Surrogat kann den guten Ruf einer Präparation diskreditieren, weshalb vor Verordnung derselben nicht genug gewarnt werden kann.

Koffein und Strychnin haben eine gleichsinnige vasomotorische Wirkung, indem sie die vasomotorischen Zentra erregen. Während jedoch der Einfluß des Strychnin auf den Kreislauf bloß eine Teilerscheinung seiner Wirkung auf das Zentralnervensystem darstellt, ist der Einfluß des Koffeins auf die vasomotorischen Zentra experimentell festgestellt. Mittlere Gaben steigern den Blutdruck, bei Steigerung der Dosis

[1]) Auch Oberarzt Dr. Bresler hat schon 1896 in einem Aufsatz über die „Kombinierte Verwendung der Narkotika und Hypnotika" (Deutsch. med. Wochenschr. 1896 Nr. 37) auf die Bedeutung kombinierter Arzneimischungen hingewiesen. Seine Anschauungen faßte er dort in dem Grundsatze zusammen, daß eine Komponente auf die Zirkulation, die andere auf die Nervensubstanz wirken möge. Er wies auch darauf hin, daß die Verschiedenheit der Reaktion der einzelnen Hirnabschnitte auf Gifte in dieser Hinsicht eine Perspektive gestattet für die Therapie. —

steigt der Blutdruck nicht weiter; es ist mithin ein rein erregendes Gift, auch in großen Gaben fehlt ihm im Gegensatze zum Strychnin ein nachfolgendes Lähmungsstadium. Desgleichen ist die blutdrucksteigernde Wirkung des Koffein niemals so hochgradig wie die des Strychnin. In geringerem Grade erregt das Koffein auch das Atmungszentrum und repräsentiert eines der wirksamsten Analeptika, wo die Funktionen des Zentralnervensystems und der Kreislauf in gleicher Weise daniederliegen. Die Gesamtwirkung des Koffeins auf den Kreislauf setzt sich zusammen 1. aus der Erregung des Vasomotorenzentrums (Blutdruckerhöhung); 2. aus der Beeinflussung des Herzens, a) durch Erregung des herzhemmenden Vaguszentrums (Pulsverlangsamung), b) durch Erregung der beschleunigenden Herzganglien (Pulsbeschleunigung, individuell vielleicht je nach Vagotonie oder Sympathikotonie), c) durch Zunahme der systolischen Energie des Herzmuskels, d) durch Erweiterung der Kornoargefäße.

Von Interesse ist ferner die Steigerung der Körperwärme, die schon nach mittelgroßen Gaben etwa 0,5° betragen kann. Diuretisch wirkt das Koffein einmal durch direkte Erregung der sezernierenden Elemente der Niere, anderseits aber auch bei schlechter Ernährung des Herzmuskel durch die Koronargefäße indirekt durch Erweiterung derselben.

Ganz anders ist der pharmakodynamische Mechanismus des Strychnins als Vasomotorenmittel.

Der Angriffspunkt liegt am Nervensystem peripher und zentral. Schon leichte sensible Reizungen, wie Anblasen des Felles, rufen beim strychninbehandelten Kaninchen starke reflektorische Blutdruckerhöhung hervor. Eine dauernde Drucksteigerung tritt erst dann ein, wenn auch die Reflexerregbarkeit der motorischen Zentren des Rückenmarkes eine gewisse Höhe erreicht hat. Bei daniederliegender Erregbarkeit des Zentralnervensystems — z. B. experimentell bei chloralisierten Tieren — wird man durch Strychnin die Kreislaufverhältnisse um vieles bessern können, ohne daß Krämpfe aufzutreten brauchen.

Die allgemein erregende Komponente der Koffeinwirkung äußert sich ferner einerseits durch Erleichterung der Auffassung äußerer Eindrücke und der assoziativen Verbindung von Vorstellungen, wie dies Kraepelin durch psychophysische Analyse nachgewiesen hat. Desgleichen hat A. Mosso ergographisch unter dem Einflusse von Koffein eine gesteigerte Arbeitsleistung nachweisen können. Diese gesteigerte Arbeitsleistung soll größtenteils der günstigen Beeinflussung der Muskeln selbst zuzuschreiben sein.

Im Jahre 1900 ist Verworn auf exakt experimentellem Wege dem Mechanismus der Strychninwirkung auf das Zentralnervensystem nähergetreten. Nach ihm haben S. Beritoff, Baglioni, Dusser de Barenne über dasselbe Thema publiziert.

Aus allen diesen Arbeiten geht mit Sicherheit das eine hervor, daß das Strychnin auf Elemente des Rückenmarkstammes selbst eine erregbarkeitssteigernde Wirkung ausübt, daß es in toxischen Dosen nicht die Muskelsubstanz, sondern die motorischen Nervenendapparate im Muskel zu lähmen vermag. Über die spezielle Lokalisation der Strychninwirkung in den Elementen des Rückenmarkes verbreiten sich die Arbeiten von Beritoff u. a. Es wurden Vergiftungsversuche durch Anlegen von Strychnin sowohl von der ventralen als von der dorsalen Rückenmarksseite unternommen. Bei dorsaler Vergiftung übt es eine sofortige starke Steigerung der Sensibilität im entsprechenden Gebiete der Peripherie mit starker Reflexsteigerung aus. Wird Strychninsubstanz auf das Mark von der ventralen Seite appliziert, so hat es auf die reflektorische Tätigkeit des betreffenden Abschnittes entweder gar keinen Einfluß (Baglioni) oder verspätete reflexsteigernde Wirkung. Beritoff meint, daß Störung der Koordination und Entwicklung von Tetanus beim Anlegen von Strychnin an die ventrale Seite durch allmähliche Vergiftung derjenigen ventralen Elemente bedingt seien, welche sich am Anfang der efferenten Bahn in den vorderen Hörnern der grauen Substanz befänden (kurze Reflexbahnen?). Er glaubt ferner, daß bei rein dorsaler Giftapplikation das Strychnin nach einiger Zeit bis zur ventralen Rückenmarkseite durchdringt, und daß bei ventraler und dorsaler Vergiftung stets dieselben zentralen Elemente der ventralen Rückenmarkshälfte getroffen würden.

Zusammenfassend ergibt sich eine Doppelwirkung: 1. auf die Koordinationsapparate der spinalen Reflexe, die sich a) durch ein Sinken der Erregbarkeitsschwellen der Reflexe, b) durch eine Steigerung der Intensität und Dauer der Reflexe dokumentiert; 2) eine bedeutende Leitungserleichterung für erregende Impulse in der Richtung nach der Peripherie, was zunächst Störungen der gewöhnlichen koordinierten Reaktionen und schließlich Tetanus zur Folge hat.

Es wäre verlockend, unsere medikamentöse Neurosentherapie nach den modernen Grundsätzen der Pharmakologie des vegetativen Nervensystems umzugestalten. Da wir das Cholin als den Hauptrepräsentanten der Erreger für das autonome Nervensystem im Gegensatz zum Adrenalin für das sympathische System kennen und beide als physiologische Bestandteile des Körpers bekannt sind, wäre es nicht unmöglich, daß das Lecithin, seiner Struktur nach distearyl-glycerin-phosphorsaures Cholin, im Sinne einer Erregung des autonomen Nervensystems zur Wirkung gelangt. Auch vom Koffein ist bekannt, daß es den Tonus der autonomen Zentren erhöht und die sympathischen Zentralapparate hemmt. In welche Beziehung zum vegetativen System das Strychnin zu setzen wäre, ob es sich nicht eher zu den Erregern des sympathischen Systems wird einreihen lassen, müssen erst weitere Forschungen erweisen. Aus all den neueren Forschungsergebnissen, wie auch aus zahlreichen Erfahrungen befreundeter Kollegen, geht mit Sicherheit hervor, daß das Indikationsgebiet, welches ich für den Syrupus kolae compositus Hell von Anfang an festgelegt, auch heute noch zu Recht besteht. Kontraindiziert ist derselbe bei hohem Blutdruck, bei Neigung zu Hämoptoe und bei maniakalischen, agitierten Psychosen; am besten wirkt er bei depressiven Formen mit Daniederliegen der vegetativen Funktionen. Bei der

bekannten Dürftigkeit brauchbarer Nervinotonika, die auf wissenschaftlich gut fundierter Grundlage fußen, glaube ich mit Recht nochmals darauf hinweisen zu dürfen.

— **Erfahrungen mit Physostol.** (Zeitschrift für Augenheilkunde Bd. XXX.) Die unter dem Namen Physostol bekannte Lösung von reinster Physostigminbase in wasserfreiem Olivenöl wurde von A. Dutoit-Montreux als Miotikum bei verschiedenen Augenerkrankungen, z. B. Ophthalmoblennorrhoe adult. und neonat., Narbenzerfall der Hornhaut, Glaukom usw. mit bestem Erfolg angewendet. Dutoit weist auf die besonderen Vorzüge der öligen Kollyrien vor den wässerigen hin, die im Physostol zum Ausdruck kommen: Reizlosigkeit, anhaltende, kräftige Wirkung, zuverläsige Sterilität und Haltbarkeit neben genauer Dosierung. In diesem Sinne verdient das Physostol die weiteste Verbreitung bei allen Augenkrankheiten, die zu einer Steigerung des Binnendruckes neigen oder einen Iris-Prolaps befürchten lassen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **J. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 33. 15. November **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Die körperlichen Störungen bei der Dementia praecox. Von Dr. Johann Michel, Bayreuth. Schluß. (S. 401.) — Prof. Volds Buch über den Traum und moderne Traumdeutung. Von Dr. Becker, Weilmünster. (S. 409.) — Mitteilungen (S. 411): Konferenz der Direktoren der kgl. sächs. Landes-Heil- und Pflegeanstalten. Hessischer Hilfsverein für die Geisteskranken. Ausstellung von Arbeiten Geisteskranker. Die Volksnervenheilstätte Naundorf b. Leipzig. — Referate (S. 412). — Personalnachrichten (S. 413.) — Therapeutisches (S. 413.)

Die körperlichen Störungen bei der Dementia praecox.

Von Dr. **Johann Michel,** Hilfsarzt an der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt zu Bayreuth.

(Schluß.)

Körperhaushalt.

Auch im allgemeinen Körperhaushalt finden sich bei Dementia praecox gar manche Störungen. Rosenfeld hat genaue Stoffwechseluntersuchungen bei vier Katatonikern angestellt, die wegen Nahrungsverweigerung einige Zeit künstlich ernährt werden mußten. Dieselben befanden sich in vollkommener Ruhe. Er gab Eiweiß, Fett und Kohlehydrate in genau bestimmter Menge mit von Fall zu Fall wechselnder Kalorienzahl. Er fand keine nennenswerte Störung in der Eiweißresorption (Stickstoffverlust in den Fäzes 1—2%), dagegen in einem Falle eine Verminderung der Fettaufnahme, indem 7—9% (statt normal 4—6%) nicht resorbiert wurden. Beim Einsetzen der künstlichen Ernährung trat in allen Fällen leichte Indikanurie auf; Zeichen stärkerer Darmfäulnis waren jedoch nicht vorhanden. In allen Versuchen stellte er eine beträchtliche Stickstoffretention fest, die zwischen 1 und 2 g im Tage schwankte und auch dann vorhanden war, wenn die nötige Kalorienmenge in den ersten Tagen noch nicht erreicht war und das Körpergewicht zurückging. Er hält es jedoch nicht für erwiesen, daß die Stickstoffretention durch Ansatz von Muskelsubstanz bedingt ist. Toxischen Eiweißzerfall, wie er von andern Autoren gefunden wurde, konnte er weder während der Karenz noch während der künstlichen Fütterung nachweisen. Bei Karenz war der Stickstoffverlust nur gering. Ein Katatoniker starb trotz Zunahme des Körpergewichts und trotz Überernährung, was nach Rosenfelds Ansicht nur auf mangelhafte Regenerationsenergie zurückgeführt werden kann, da sich bei der Sektion durchaus normale Organe ergaben. — Grafe fand bei 10 Fällen von katatonischem Stupor Verlangsamung des Stoffwechsels, Herabsetzung der Wärmeproduktion bis auf 39% der Norm, verlangsamte Entwicklung der Oxydationssteigerung nach Nahrungsaufnahme, verspätetes Eintreten des Nüchternwertes; dabei blieb jedoch der Gesamtbetrag der Oxydationssteigerung normal. — Pighini stellte in 13 Fällen im Beginn der Erkrankung und bei akuten Schüben negativen Stoffwechsel fest, der sich bei gleichzeitiger Abnahme des Körpergewichts in übertriebener Ausscheidung von Harnstoff, Phosphor und Schwefel äußerte; er führt denselben zurück auf die Zerstörung von phosphor- und schwefelhaltigen Proteiden. Im chronischen Stadium soll dagegen Stickstoff zurückgehalten werden. — Kauffmann fand bei Hebephrenie zeitweise starke Stickstoffretention (bis zu 6 g täglich); nach plötzlich auftretendem Fieber, wobei eine Ursache für dasselbe nicht zu finden ist, soll dann eine starke Stickstoffausscheidung mit entsprechender Gefrierpunktserniedrigung des Blutserums stattfinden. — Dide und Chenais fanden in 18 Fällen von Katatonie deutliche Verminderung des Harnstoffs, Vermehrung der Chloride, dagegen keine Veränderung in der Ausscheidung der Phosphate. — Nach den Untersuchungen von d'Ormea ist bei der Dementia praecox die Ausscheidung der Erdmetalle, besonders des Magnesiums, verringert, desgleichen dic der Phosphate, letztere jedoch nicht so stark, daß sie durch die verminderte Ausscheidung von Magnesium allein erklärt werden könnte. — Die Chloraus-

scheidung ist nach Pighini verzögert; der Wasserhaushalt soll sowohl im akuten wie im chronischen Stadium verändert sein und plötzliche Schwankungen des Körpergewichts erklären. — Etwas abseits liegen die Untersuchungen, welche Raimann über die Assimilationsgrenze des Traubenzuckers bei Geisteskranken angestellt hat; er fand dieselbe bei Paranoia indifferent, vom psychischen Verhalten vollständig unabhängig; kleinere Schwankungen ließen sich durch individuelle Verschiedenheiten erklären.

Die Körpertemperatur zeigt bei Dementia praecox manche Abweichungen vom normalen Verhalten. Lukacs beobachtete bei 30 Fällen fast ständig Hypothermie; als Durchschnittswert fand er 36,2° (normal 36,5°); das normale Maximum (37,4°) wurde von keinem Kranken erreicht; das extremste Minimum betrug 34,7° (normal 36,1°), die Tagesschwankungen waren gering. Nach Zenker finden sich bei stupiden Kranken sehr oft subnormale Temperaturen, bis zu 30,6° (die niedrigste bis jetzt überhaupt beim Menschen beobachtete Temperatur von 22,5° wurde bei einem Geisteskranken festgestellt). Die niedrigen Temperaturen erklären sich teils durch Abkühlung infolge von Entblößung, teils durch Trägheit des Stoffwechsels. Die Temperaturkurve weist oft Unregelmäßigkeiten auf, z. B. Fehlen des Abendmaximums oder unregelmäßig verteilte Nebenmaxima. Letztere entsprechen meistens akuten Exazerbationen der motorischen oder affektiven Erregung; sie können auch die Folge von Wallungszuständen sein. Im allgemeinen sind sie deshalb bei den chronischen Erkrankungen seltener als bei den akuten. Gelegentlich findet sich Typus inversus. Die Exkursionsweite ist nicht selten erhöht; Kraepelin beobachtete einen Fall von Katatonie, in welchem drei Wochen vor dem Tode Temperaturschwankungen von 33,4° bis 39,1° vorhanden waren, ohne daß die Sektion Aufklärung hierüber gebracht hätte. — Wie bereits erwähnt, erklären sich die niederen Temperaturen bei der Dementia praecox zum Teil durch den trägen Stoffwechsel. Dafür sprechen auch die Angaben von Bornstein, welcher fand, daß der Grundumsatz bei dieser Krankheit entweder an der untern Grenze des normalen oder pathologisch erniedrigt ist. Gleich niedrige Zahlen fand er bei myxomatösen Kranken; zur Unterscheidung soll jedoch die Tatsache dienen, daß bei Myxomatösen sich durch Thyreoidin eine Steigerung der oxydativen Funktionen herbeiführen läßt, während dies bei Dementia praecox nicht der Fall ist. — Hypotonie kommt nach Bornstein als Erklärungsursache für die niederen Temperaturen kaum in Betracht.

Die Atmung ist nach d'Ormea bei Dementia praecox meist beschleunigt und sehr tief; sie zeigt viele Unregelmäßigkeiten, namentlich beim Ausatmen.

Das Körpergewicht der Schizophrenen ist vielfachen Schwankungen unterworfen. Nach Kraepelin pflegt es im Beginn der Krankheit abzusinken bis zur äußersten Abmagerung trotz reichlicher Nahrungszufuhr, später rasch anzusteigen, so daß die Kranken wohlgenährt und gedunsen aussehen. Karenz wird von vielen Geisteskranken besser vertragen als von Gesunden. Daß Unruhe, motorische Erregung, Angst, überhaupt jede Änderung im psychischen Befinden der Kranken auch auf das Körpergewicht einen Einfluß ausüben werden, ist leicht begreiflich. Plötzliches Steigen und Wiederabfallen läßt sich durch Wasserretention erklären. Schwieriger zu deuten sind jene Fälle, in welchen das Gewicht trotz reichlicher Nahrungsaufnahme und vollständiger Ruhe rapid absinkt; nach Rosenfeld ist hier einerseits die Abhängigkeit des Verdauungstraktus vom Nervensystem, andererseits der Mangel an Regenerationsenergie verantwortlich zu machen. Pighini macht auf die übertriebene Harnstoffausscheidung in solchen Fällen aufmerksam und glaubt, wie bereits früher erwähnt, an Zerfall von Proteinen. — Im Gegensatz zum Abfallen des Gewichtes bei reichlicher Nahrungsaufnahme finden wir wieder Kranke, die sich trotz mangelhafter Ernährung und gleichzeitiger motorischer Erregung bei guten Kräften erhalten. Bei dem gleichen Patienten kann sogar Körpergewicht und Nahrungsaufnahme bis zu einem gewissen Grade geradezu in umgekehrtem Verhältnis stehen. Für die Größe der möglichen Gewichtsschwankungen ist ein Fall von Schüle charakteristisch, in welchem dieselben innerhalb weniger Wochen 40 Pfund betrugen.

Trophische Störungen kommen bei Dementia praecox seltener vor. Dekubitus ist, wenn man die große Zahl der jahrelang bettlägerigen Kranken berücksichtigt, auffallend selten. — Merkwürdig sind manche Störungen im Haarwuchs; Forel beschreibt einen Fall von Katatonie, in welchem die sonst schwarzen Haare während der Depression grau wurden; in einem Falle von Bertschinger wechselten sie alle halbe Jahre zwischen kastanienbraun und hell- bezw. rostgelb; ein Kranker desselben Autors, welcher 2½ Jahre lang gefüttert wurde, verlor allmählich alles Pigment der Haare. In einem Falle von Bleuler waren die Haare bald kraus, bald glatt. — Auch an der Haut zeigen sich ab und zu trophische Störungen. Nouët und Trepsat sahen bei einer Katatonie pemphigusartige Eruptionen an den Unterschen-

keln, die zu Ulzeration und dann zu Heilung führten; Dide beobachtete bei gleichzeitig vorhandenem Pseudoödem Purpura, Erythema pellagroides und Adipositas dolorosa. Als Folge von Gefäßstauung finden wir Abschuppung der Haut und sogar Schwielenbildung. Bertschinger sah bei zwei Kranken vorübergehend Bronzefärbung der Haut; bei dem einen derselben stellte sich regelmäßig mit Verschlimmerung des psychischen Befindens eine dunkelbraune Pigmentierung der Rückenhaut ein. welche bei psychischer Besserung wieder verschwand. — Am Knochensystem beschreiben Bleuler, Haberkant, Klewe-Nebenius und Barbo in zahlreichen (im ganzen 55) Fällen Osteomalazie. Diese fand sich nur bei weiblichen Kranken in vorgeschrittenen Stadien der Dementia praecox und zwar bei allen Formen derselben, am häufigsten bei Katatonie, bei sonstigen Geisteskrankheiten nur noch bei Idiotie. Bleuler führt sie zurück auf den mangelhaften Aufenthalt im Freien, während die andern Autoren an einen engeren Zusammenhang mit der Dem. praecox glauben.

Subjektive Störungen.

Die subjektiven Störungen bei der Dementia praecox scheinen teils psychogen, teils tragen sie organisches Gepräge. Überaus häufig — nach Tomaschny in fast allen Fällen — finden sich Kopfschmerzen. Dieselben sind im Beginn der Erkrankung am stärksten und treten im weiteren Verlauf derselben mehr zurück, ohne jedoch vollkommen zu verschwinden. Meist werden sie von den Patienten nicht spontan angegeben. Ihre Lokalisation ist sehr verschieden, bald über den ganzen Kopf gleichmäßig verteilt, bald an der Stirn, über den Augen, an den Schläfen, am Hinterhaupt, in der Scheitelgegend. Oft sind sie das erste Krankheitssymptom oder eilen dieser voraus. Sie sind nicht selten verbunden mit Verstimmung, Reizbarkeit, Mattigkeit, Schlaflosigkeit, Druckgefühl im Kopf, Eingenommensein des Kopfes, Schwindelgefühl, eigenartigen Sensationen. Die Kranken beschreiben sie als Bohren, Stechen, Hämmern und dergl. In ihrer Intensität sind die Kopfschmerzen sehr wechselnd; oft besteht ein Parallelismus mit den psychischen Krankheitserscheinungen, ein Kommen und Gehen mit Erregungszuständen. Als Ursache der Kopfschmerzen glaubt Tomaschny teils Selbstvergiftung, teils organische Erkrankungen annehmen zu müssen, die auf einen chronischen Reizzustand zurückzuführen sind. So fand er bei der Sektion unter 36 Fällen 25 mal Veränderungen in Form von Verwachsungen und Trübungen der Hirnhäute und starker Verdickung des Schädeldaches (bis zu 1 cm). — Von sonstigen subjektiven Störungen sind zu nennen: Blutandrang zum Kopf, Hitzegefühl, Parästhesien in den peripheren Nerven wie Stechen, Pieken, Kneifen, Ziehen, Kribbeln, Taubsein, Einschlafen der Glieder, Gefühl von Elektrisiertwerden, Brennen usw. Ab und zu treten Schmerzanfälle auf, ev. in Verbindung mit vasomotorischen Störungen.

Bedeutung der körperl. Symptome für die Differentialdiagnose.

Wir haben im Vorstehenden eine große Reihe der mannigfaltigsten körperlichen Störungen bei der Dementia praecox kennen gelernt. Wir finden Anklänge an Hysterie, z. B. Aphonie, Singultus, plötzliches Steifwerden, örtliche Kontrakturen, vorübergehende Lähmungen, Ovarie, Mastodynie, hysterische Anfälle, pathologische Haltungen, Zusammenziehung des Körpers, plötzlichen Wechsel der Erscheinungen und vieles andere; daneben wären noch manche psychische Symptome zu nennen, welche an Hysterie erinnern. Nach Binswanger finden sich sogar hysterische Symptome so häufig, daß man vielfach von Mischformen zwischen Hysterie und Dementia praecox sprechen kann. Ferner finden wir verwandte Züge mit Paralyse, mit Neurasthenie und Basedow; manche Anfälle gleichen denen bei Urämie. Es dürfte deshalb angezeigt erscheinen, einige Punkte nochmals hervorzuheben, welche für die Differentialdiagnostik von Wichtigkeit erscheinen.

Wir finden hier zunächst einige Anhaltspunkte an den Pupillen. Es sei erinnert an das bei Dementia praecox so häufige Fehlen der Psychoreflexe, das sich bis jetzt außer bei Dementia praecox nur bei reflektorischer Pupillenstarre (Tabes, Paralyse, Lues), bei seniler Demenz, bei einigen Imbezillen und Epileptikern nachweisen ließ, während bei Gesunden mit Ausnahme von drei Frauen im Klimakterium und bei Manisch-depressiven die Psychoreflexe niemals vermißt wurden. Aufhebung der Pupillenunruhe sah Wassermeyer nur im höheren Lebensalter, bei Erkrankung des Sehapparates (gleichgültig, ob peripher, z. B. bei Refraktionsanomalien, oder zentral, z. B. bei organischen Gehirnleiden), ferner bei Dementia praecox und Imbezillität. Da nun diejenigen Erkrankungen, bei welchen die Psychoreflexe sonst noch fehlen, meist leicht zu erkennen sind, da andererseits dieselben bei Gesunden und Manisch-depressiven mit verschwfndenden Ausnahmen stets vorhanden

sind, so erhellt, daß wir hier ein sehr wertvolles differentialdiagnostisches Hilfsmittel vor uns haben. — Nicht so weitgehend ist die Bedeutung der katatonischen Pupillenstarre, da diese sehr selten ist; immerhin mag ihr Vorhandensein im Zweifelsfalle wertvoll sein, da sie einerseits manischen Stupor und Simulation mit Sicherheit ausschließt, während andererseits bei längerer Beobachtung die Unterscheidung von ähnlichen Störungen bei Arteriosklerose und Paralyse sich immer treffen läßt. — Ein für die Dementia praecox spezifisches Symptom ist nach Baller die nicht seltene Cyanose an den Extremitäten und im Gesichte mit dem langen Anhalten der Blässe bei Fingerdruck. — Ferner kann das von Bumke-Kehrer angegebene Fehlen der Volumensenkung auf Schmerzreize bei plethysmographischen Untersuchungen differentialdiagnostisch wichtig sein, besonders in Stuporzuständen. So tritt z. B. im hysterischen Stupor trotz Fehlens aller willkürlichen und reflektorischen Bewegungen bei starken Schmerzreizen doch Volumensenkung ein; auch zur Entdeckung von Simulation ist die Methode brauchbar. — Gegenüber der Paralyse sind die negativen Befunde bei der Untersuchung des Blutserums und des Liquor cerebrospinalis zu betonen. — Die von Much-Holzmann angegebene „Psychoreaktion" hat sich leider nicht als spezifisch erwiesen. — Auf dem Gebiete der Motilität sei besonders auf die idiomuskuläre Muskelerregbarkeit hingewiesen, die Bernstein bei Dementia praecox in 95,7%, bei Paralyse in 90%, bei manisch-depressivem Irresein nur in 11,9%, bei Gesunden nur im jugendlichen Alter (Männer bis 20, Frauen bis 16 Jahre) nachweisen konnte. Ferner sei nochmals auf die Hypotonie aufmerksam gemacht, deren Auftreten nach Knapp bei Psychosen, welche in den Jugendjahren einsetzen, die Annahme erlaubt, daß sich früher oder später katatonische oder hebephrenische Symptome einstellen werden. Auch die von Maillard festgestellte Tatsache sei hervorgehoben, daß sich Steigerung der Patellarreflexe mit gleichzeitigem Fehlen des Plantarreflexes bei Dementia praecox in 70%, bei anderen Psychosen nur in 15% der Fälle findet. — Einen weiteren Anhaltspunkt für die Diagnose kann das Körpergewicht bilden, insofern ein Ansteigen desselben ohne gleichzeitige psychische Besserung bei Dementia praecox häufig vorkommt, bei manisch-depressivem Irresein die Ausnahme bildet.

Bedeutung der körperl. Symptome für die Prognose.

In prognostischer Beziehung scheint dauernde Pupillendifferenz ein ungünstiges Zeichen zu sein, während der vorübergehenden Anisokorie diese Bedeutung nicht zukommt. Raecke fand bei Anisokorie und Entrundung nur in 1/7 der Fälle relativ günstigen Ausgang. Ohne prognostische Bedeutung sind hippusartige Bewegungen der Iris. — Stets ein schlimmes Zeichen ist nach Lomer die Gefäßerweiterung. Über die prognostische Bedeutung einiger anderer Symptome mögen die Angaben von Raecke hier angeführt sein. Dieser fand bei 109 Fällen mit verstärktem Dermographismus 10 mal Heilung, 7 mal Besserung, bei 9 Fällen mit verlangsamter Herzaktion 2 mal, bei 55 Fällen mit beschleunigter Herzaktion 11 mal günstigen Ausgang. Unter 42 Fällen mit mechanischer Muskelerregbarkeit verliefen nur 5 günstig. Ähnlich scheint es sich mit der Hypotonie zu verhalten. — Eine stärkere Zunahme des Körpergewichts ohne gleichzeitige psychische Besserung galt von jeher als ein schlimmes Zeichen; oft ist Fettsucht in akuten Fällen das erste Zeichen der Verblödung. — Im allgemeinen ist die Prognose um so ungünstiger, je zahlreicher und andauernder die körperlichen Symptome sind.

Zum Schlusse haben wir uns noch zu fragen, inwiefern uns die körperlichen Symptome der Dementia praecox Anhaltspunkte zur Feststellung ihrer Ursache bieten. Fast alle Störungen, gleichgiltig an welchen Organen und in welcher Form sie auftreten, weisen auf eine Selbstvergiftung des Körpers hin; vielleicht werden uns die neuesten serologischen Forschungen hierüber Klarheit schaffen.

Literatur.

Abkürzungen:

A. — Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Berlin, Hirschwald.
MmW. — Münchener medizinische Wochenschrift.
NCB. — Neurologisches Centralblatt, Leipzig.
MS. — Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.
WS. — Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift.
Z. — Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.
ZNB. — Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

1. Albrecht, Zur Symptomatologie der Dementia praecox. Z. 1905, Bd. 62, S. 659.
2. Alt, Zur Frage der „Psychoreaktion". WS. 1909/10, S. 103.
3. Aschaffenburg, Zur Katatoniefrage. Z. 1898, Bd. 54, S. 1004.
4. Baccelli et Terni, L'indice opsonico in alcuni malati di mente. NCB. 1912, S. 471, Ref.
5. Bach, Über die reflektorische Pupillenstarre und den Hirnrindenreflex der Pupille. NCB. 1903, S. 1090.

6. Baller, Spannungserscheinungen am Gefäßsystem und ihre differentialdiagnostische Verwertbarkeit bei Dem. praec. Z. 1911, Bd. 68, S. 613.
7. Barbo, Osteomalazie bei Geisteskrankheiten. Z. 1909, Bd. 66, S. 249.
8. v. Bechterew, Über wenig bekannte Reflexerscheinungen bei Nervenkrankheiten und über die diagnostische Bedeutung des sog. Fußphänomens und der Sehnen- und Hautreflexveränderungen. NCB. 1895, S. 1157.
9. Benedek u. Deák, Unterschied zwischen dem Blutserum bei Paralyse und Dem. pr. in bezug auf Auslösung von Immunhämolysinen. MmW. 1913, S. 96, R.
10. Bertschinger, Die Verblödungspsychose in der kantonalen zürcherischen Anstalt Rheinau. Z. 1908, S. 269.
11. Berze, Die hereditären Beziehungen der Dementia praecox. ZNP. 1910, Bd. II, S. 851.
12. Beyer und Wittneben, Untersuchungen über Hemmung der Kobrahämolyse durch das Serum von Geisteskranken und körperlich Kranken. MmW. 1909, S. 1464.
13. Binswanger - Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie. 3. Aufl., Jena 1911.
14. Bisgaard, Die Eiweißuntersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit, durch 234 Fälle beleuchtet. ZNP. 1913, Bd. XIV, S. 329.
15. Bleuler, Diskussion zu dem Referat von Aschaffenburg über Katatonie. Z. 1889, Bd. 55, S. 62.
16. — Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Deuticke, Leipzig, 1911.
17. Blin, Les troubles oculaires dans la démence précoce. NCB. 1906, S. 569, R.
18. Bonfiglio, Sulla specifità clinica della „psicoreazione" di Much-Holzmann. NCB. 1910, S. 829, R.
19. Bornstein, Untersuchungen über die Atmung bei Geisteskranken. MS. 1908, Heft 5, R. und NCB. 1909, S. 325.
20. Bumke, Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Verlag Fischer, Jena 1911.
21. — Neuere Untersuchungen über die diagnostische Bedeutung der Pupillenstörungen. MmW. 1907, S. 2313.
22. — Über die Pupillenstörungen bei der Dem. praecox. MmW. 1910, S. 2688.
23. Bumke-Kehrer, Plethysmographische Untersuchungen an Geisteskranken. A. 1910, Bd. 47, S. 945, R.
24. Claude Henri, Atrophie des Kleinhirns bei Dem. praec. NCB. 1909, S. 616, R.
25. Cramer, Über Jugendirresein. NCB. 1905, S. 539, R
26. Curschmann, Untersuchungen über die idiomuskuläre Übererregbarkeit. NCB. 1905, S. 855, R.
27. Damsch, Über Pupillenunruhe (Hippus) bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. NCB. 1890, S. 258.
28. Davidenkof, Syndrôme catatonique nettement amélioré à la suite d'une strumectomie. NCB. 1912, S. 475, R.
29. Deroubaix, Des symptomes médullaires de la démence précoce. Z. 1907, Bd. 64, S. 110*, R.
30. Dide, Le pseudo-oedème catatonique. NCB. 1904, S. 527, R.
31. Dide u. Assicot, Signes oculaires dans la démence précoce. NCB. 1095, S. 1086, R.
32. Dide u. Chénais, Recherches urologiques et hématologiques dans la démence précoce. NCB. 1903, S. 591, R.
33. Dide u. Sacquépée, Sur quelques propriétés du sérum sanguin dans la démence precoce; disette d'alexine etc. NCB. 1905, S. 1086, R.
34. Dromand, Apraxie et demence précoce. NCB. 1909, S. 498, R.
35. Dufour, Einfache Dem. praec.; Symptome zerebellöser Störungen; zerebellöser Typus der Dem. praecox. NCB. 1909, S. 616, R.
36. Eisner u. Kronfeld, Über den von Much u. Holzmann angenommenen Einfluß des Blutserums von Geisteskranken auf die Kobragifthämolyse. MmW. 1909, S. 1527.
37. Ermes, Über die Natur der bei Katatonie zu beobachtenden Muskelzustände. Diss., Gießen, 1903.
38. Fauser, Einige Untersuchungsergebnisse und klinische Ausblicke auf Grund der Abderhaldenschen Anschauungen und Methodik. WS. 1912/13, S. 528, R.
39. — Weitere Untersuchungen auf Grund des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. WS. 1912/13, S. 575, R.
40. — Zur Frage des Vorhandenseins spezifischer Schutzfermente im Serum von Geisteskranken. MmW. 1913, S. 585.
41. v. Forster, Über feinere Störungen der Pupillenbewegung. MmW. 1893, S. 109, R.
42. Fränkel, Kathe u. Bierotte, Eine Reaktion im Blut von Geisteskranken. MmW. 1909, S. 1461.
43. Fröderström, Über die Irisbewegungen als Äquivalente der psychischen Vorgänge. WS. 1910/11, S. 337, R.
44. Fuchs, Pupillenstörungen bei Dementia praec. WS. 1911/12, S. 175.
45. — Symptomatologie der Dem. praecox. WS. 1912/13, S. 400.
46. Geissler, Die Kobrareaktion. MmW. 1909, S. 1591.
47. — Über Präzipitinreaktion im Blut bei Dem. praec. NCB. 1911, S. 1087, R.
48. Gionelli, Sulla morte improvisa nella demenza precoce. NCB. 1908, S. 1904, R.
49. Grafe, Beiträge zur Kenntnis der Stoffwechselverlangsamung (Untersuchungen an stuporösen Kranken). NCB. 1912, S. 470, R.
50. Gregor u. Hänsel, Ergographenversuche bei Katatonie und melancholischer Verstimmung. NCB. 1908, S. 223, R.
51. Haberkant, Osteomalazie und Dem. praecox. WS. 1905/06, S. 350, R.
52. — Osteomalazie und Dem. praec. A. 1909, Bd. 45, S. 1.

53. Halberstadt, Phénomènes hystériformes au début de la démence précoce. ZNP. Bd. II, S. 580, R.
54. Harper, Smith and Rae Gibson, A bacteriological examination of the cerebrospinal fluid in dementia praecox. NCB. 1909, S. 940, R.
55. Hegac, Zur Frage der Menstrualpsychosen. Z. 1901, Bd. 58, S, 357.
56. Heilemann, Blutuntersuchungen bei Dem. praecox. Z. 1910, Bd. 67, S. 414.
57. Heinicke, Über die ammoniakalische Reaktion des Harns bei Phosphaturie und Ammoniurie als objektives Symptom von Psychosen. MmW. 1904, S. 1201.
58. Herzog, Über vasomotorisch-trophische Störungen bei Dem. praec. Diss. Würzburg 1911.
59. Hippel, Neuere Untersuchungen über Physiologie und Pathologie der Pupillenphänomene. MmW. 1904, S. 692 u. 757.
60. Hirschl und Pötzl, Über das Verhalten verschiedener menschlicher Sera und Blutkörperchen bei der Hämolyse mit Kobragift mit besonderer Berücksichtigung der Psychosen. WS. 1909/10, S. 167, R.
61. Hoche, Über die galvanische Reaktion des Sehapparates. A. 1892, Bd. 24, S. 642.
62. Homburger, Über körperliche Störungen bei funktionellen Psychosen. Deutsche med. W. 1909, S. 1134.
63. Hübner, Untersuchungen über die Erweiterung der Pupillen auf psychische und sensible Reize etc. A. Bd. 41, S. 1016.
64. — Untersuchungen über Erweiterung der Pupillen auf psychische und schmerzhafte Reize. MmW. 1905, S. 1170, R. u. Z. 1905, S. 616, R.
65. Hübner u. Selter, Über die Much-Holzmannsche Kobragiftreaktion im Blut von Geisteskranken. Deutsche med. W. Jahrg. 35, S. 1182, u. WS. 1909/10, S. 151, R.
66. Hüfler, Über die katatonischen Anfälle. Z. 1908, Bd. 65, S. 469, R. u. WS. 1908/09, S. 135, R.
67. Jach, Über Antitrypsingehalt des Blutserums bei Geisteskranken. MmW. 1909, S. 2254.
68. Ilberg, Das Jugendirresein. Volkmanns Vorträge, Nr. 224, Leipzig 1898.
69. Judin, Partielle Thyreoidektomie bei Dem. praecox. ZNP., Bd. I, S. 711, R.
70. Kahlbaum, Die Katatonie oder das Spannungsirresein. 1874.
71. Kaiser, Dem. praec. oder Hirntumor? Z. 1905, Bd. 62, S. 94.
72. Kanavell und Pollack, Partial Thyreoidectomy for catatonic Dementia praec. ZNP., Bd. 1, S. 306, R.
73. Kauffmann, Über Diabetes und Psychose. MmW. 1908, S. 621.
74. Kirchner, Eine wenig bekannte Pupillenreaktion (Lidschlußreflex) etc. MmW. 1900, S. 1532/1567.
75. Klehmet, Akute Linkshändigkeit bei einem Fall von katatonischer Pfropfhebephrenie. NCB. 1912, S. 471, R.
76. Kleist, Über Lokalisation tonischer und katatonischer Erscheinungen. A. 1908/09, S. 454, R. u. NCB. 1908, S. 1045, R.
77. — Über die Motilitätspsychosen Wernickes. Z. 1097, Bd. 64, S. 499, R.
78. — Über Bewegungs- und Sprachstörungen bei Geisteskranken. MmW. 1909, S. 421, R.
79. — Weitere Untersuchungen an Geisteskranken mit psychomotorischen Störungen. Leipzig, Klinkhardt, 1909.
80. Klewe-Nebenius, Osteomalazie und Dem. praec. Z. 1912, S. 182*, R.
81. Klien, Über die psychisch bedingten Einengungen des Gesichtsfeldes. A. 1907, Bd. 42, S. 359.
82. Klippel u. Lhermitte, Atrophie des Kleinhirns bei Dem. praecox. NCB. 1909, S. 616, R.
83. — Rückenmarksläsion bei Dem. praec. NCB. 1906, S. 735, R.
84. Knapp, Körperliche Symptome bei funktionellen Psychosen. A. 1908, Bd. 44, S. 709.
85. Kölpin, Über Dem. praec., insbes. über die paranoide Form derselben. Z. 1908, Bd. 65, S. 1.
86. Kräpelin, Über Katalepsie. Z. 1892, Bd. 48, S. 170, R.
87. — Zur Diagnose und Prognose der Dem. praecox. Z. 1899, Bd. 56, S. 254, R.
88. — Einführung in die psychiatrische Klinik. Verlag Barth, Leipzig, 1905.
89. — Lehrbuch der Psychiatrie. III. Band. Verlag Barth, Leipzig, 1913.
90. Kraus, Pötzl, Ranzi und Ehrlich, Über das Verhalten menschlicher und tierischer Blutkörperchen gegen Kobragift unter normalen und pathologischen Verhältnissen. Wiener klin. Wochenschr. XXII, 29.
91. Krueger, Die Cytologie des Blutes bei Dem. praecox. ZNP. 1913, Bd. XIV, S. 101.
92. Küppers, Plethysmographische Untersuchungen von Dementia praecox-Kranken. ZNP. 1913, Bd. XVI, S. 517.
93. Lewis C. Bruce, Clinical and experimental observations on catatonia. NCB. 1905, S. 368, R.
94. Liebers, Über choreatische Bewegungsstörungen bei Neurosen und Psychosen und Chorea chronica. Fortschritte der Medizin 1909, Nr. 62, S. 977.
95. Loewy, Über Schmerzreaktion der Pupillen als ein differentialdiagnostisches Zeichen zwischen organischer und psychogener Druckschmerzhaftigkeit. NCB. 1906, S. 947.
96. Lomer, Über einige körperliche Begleiterscheinungen der Verblödung. WS. 1908/09, S. 137.
97. Lückerath, Zur Differential-Diagnose zwischen Dem. praec. und Hysterie. NCB. 1912, S. 471, R.
98. Lugiato, Studio nella morfologia dei dementi precoci. NCB. 1908, S. 379, R.
99. Lugiato e Lavizzari, La funzione circolatoria nei dementi precoci etc. NCB. 1912, S. 470, R.
100. Lukács, Die Bedeutung des Augenspiegelbefundes bei Geisteskranken. NCB. 1908, S. 36, R.

101. — Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Dem. praec. NCB. 1908, S. 38, R.
102. Lundvall, Blodundersögelser pa sinnesjuka. NCB. 1908, S. 379, R.
103. — Über Blutveränderungen bei Dem. praec. nebst einem Versuche einer Art spezifischer Therapie. WS. 1913/14, S. 102, R.
104. Mackie, Blutuntersuchungen bei 100 Geisteskranken. WS. 1901/02, S. 225, R.
105. Meyer, Zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen u. der katatonischen Zustände. A. 1899, Bd. 32, S. 780.
106. — Die Prognose der Dem. praecox. A. 1909, Bd. 45, S. 351.
107. — Pupillenstörungen bei Dem. praecox. Berliner klin. W. 1910, S. 1813 u. ZNP. 1910, Bd. II, S. 494, R.
108. — Weiteres zu den Pupillenstörungen bei Dementia praecox. NCB. 1912, S. 1281.
109. — Körperliche Störungen bei Dem. pr. NCB. 1912, S. 483.
110. Mönkemöller und Kaplan, Eine neue Methode zur Fixierung von Fußspuren zum Studium des Gangs. NCB. 1900, S. 798.
111. Moravcsik, Über Katatonie. NCB. 1905, S. 875, R.
112. — Über einige motorische Eigentümlichkeiten der Geisteskranken. NCB. 1907, S. 428, R.
113. Morgenthaler, Blutdruckmessungen bei Geisteskranken. Z. 1910, Bd. 67, S. 1.
114. Much u. Holzmann, Eine Reaktion im Blut von Geisteskranken. MmW. 1909, S. 1001.
115. Näcke, Die Menstruation und ihr Einfluß auf die chronischen Psychosen. A. 1896, Bd. 28, S. 169.
116. — Einfluß von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auf den Verlauf einer vorher schon bestehenden chron. Psychose etc. Z. 1911, Bd. 68, S. 1.
117. Nitsche, Schlimpert und Dunzelt, Die Muchsche Hemmungsreaktion bei Geisteskranken. MmW. 1909, S. 2101.
118. Nouët, Calcio e magnesio delle urine nei de-un dément précoce catatonique. Jahresbericht für Neurol. u. Psych. 1909, S. 1050, R.
119. — Des contractures et rétractions tendineuses dans la démence précoce catatonique. ZNP. 1910, Bd. I, S. 153, R.
120. D'Ormea, Calcio e magnesio delle urine nei dementi precoci. NCB. 1906, S. 723, R.
121. Ossipoff, Zur Ätiologie der Katatonie. NCB. 1909, S. 382, R.
122. Pascal, Les ictus dans la démence précoce. NCB. 1906, S. 1080, R.
123. Pförringer, Verhalten des Körpergewichts bei zirkulären und anderen Psychosen. Bd. 23, Erg.-Heft, S. 124.
124. Pförringer und Landsberger, Die Kobragifthämolyse bei Geisteskranken. Berl. kl. W. 1909, Nr. 36 u. Z. Bd. 67, S. 149*, R.
125 Pförtner, Die körperlichen Symptome beim Jugendirresein. Monatsschr. f. Neur. u. Psych. 1910, Bd. 28, S. 208.
126. — Die weißen Blutkörperchen beim Jugendirresein. MmW. 1913, S. 261, R.
127. Pighini, Über den Cholesteringehalt der Lumbalflüssigkeit einiger Geisteskrankheiten. Z. Bd. 67, S. 149 *, R. u. NCB. 1909, S. 1285, R.
128. — Il ricombio nella demenza precoce. NCB. 1908, S. 379, R.
129. — Sulla patologia della demenze precoce et sulla fari acute che in essa si presentano. NCB. 1909, S. 437, R.
130. Pighini und Paoli, Di una speciale forma del globulo rosso nella demenza precoce. NCB. 1907, S. 913, R.
131. — Über die Menge des Cholesterins und Oxycholesterins des Serums bei verschiedenen Formen von Geisteskrankheiten. ZNP. Orig. Bd. IV, S. 629.
132. Piltz, Über Aufmerksamkeitsreflexe der Pupillen. NCB. 1899, S. 14.
133. — Über neue Pupillenphänomene. NCB. 1899, S. 248.
134. — Weitere Mitteilungen über die beim energischen Augenschluß stattfindende Pupillenverengerung. NCB. 1900, S. 837.
135. — Die paradoxe Pupillenreaktion und eigene Beobachtung von Verengerung der Pupillen bei Beschattung der Augen. NCB. 1912, S. 939, 1012, 1054.
136. — Über die Vorstellungsreflexe bei Blinden. NCB. 1899, S. 722.
137. — Weitere Mitteilungen über Vorstellungsreflexe der Pupillen. NCB. 1899, S. 496.
138. — Über den diagnostischen Wert der Unregelmäßigkeiten des Pupillenrandes bei den sog. organischen Nervenkrankheiten. NCB. 1903, S. 662.
139. Plaut, Über die von Much-Holzmann beschriebene Kobragiftreaktion bei Geisteskranken. MmW. 1909, S. 1531.
140. Polvani, L'arresto e l'intoppo rappresentano uno stesso stato patologico? etc. NCB. 1912, S. 466, R.
141. Pötzl, Ein Fall von atypischer katatoner Dem. praecox, deren akute Attacken regelmäßig von Blutdrucksteigerung und starker Albuminurie begleitet sind. ZNP. 1910, Bd. II, S. 579, R.
142. Raecke, Zur Prognose der Katatonie. A. 1910, Bd. 47, S. 1.
143. Reichardt, Der Diabetes insipidus — Symptom einer Geisteskrankheit? WS. 1908/09, S. 75, R.
144. Richter, Beiträge zur diagnostischen Verwertung der Zerebrospinalflüssigkeit in der Psychiatrie. ZNP. 1910, Bd. I, S. 318.
145. Rieger, Über normale und kataleptische Bewegungen. A. 1882, Bd. 13.
146. Roger, Mignot und Antheaume, Hyperidrose bei Dem. praecox. NCB. 1907, S. 1146, R.
147. Roller, Motorische Störungen beim einfachen Irresein. Z. 1886, Bd. 42, S. 1.
148. Rosenfeld, Über den Einfluß psychischer Vorgänge auf den Stoffwechsel. Z. 1906, Bd. 63, S. 367.
149. — Über Partialdefekte bei Katatonie. NCB. 1905, S. 631, R. u. WS. 1905/06, S. 199, R.

150. — Über Herdsymptome bei den zur Verblödung führenden Psychosen. NCB. 1905, S. 821, R.
151. Roubinowitsch und Levaditi, Rôle de la syphilis dans l'étiologie de la démence „précoce". NCP. 1910, S. 545, R.
152. Sandri, La formola emo-leucocitaria nella demenza precoce. NCB. 1907, S. 913, R.
153. Schaefer, Katatonisches Krankheitsbild bei Hirnabszeß. NCB. 1906, S. 878, R.
154. — Einfluß der Psychose auf den Menstruationsvorgang. Z. 1894, Bd. 50, S. 976.
155. Schmidt, Fall von Hirnabszeß bei katatonischem Krankheitsverlauf. Z. 1904, Bd. 61, S. 679.
156. Schröder, Entwicklungsstörungen des Gehirns bei Dem. praecox. ZNP. Orig., Bd. IV, S. 194.
157. Schüle, Zur Katatoniefrage. Z. 1898, Bd. 54, S. 515.
158. Schultz, Untersuchungen über die Much-Holzmannsche Psychoreaktion. MmW. 1909, S. 1528.
159. — Über das Verhalten der Alkaleszenz des Blutes und der weißen und roten Blutkörperchen bei Nerven- und Geisteskrankheiten. Akademische Preisschrift, Göttingen, 1910.
160. Séglas, Des symptômes catatoniques au cours de la paralysie générale. NCB. 1907, S. 824, R.
161. Selter und Hübner, Über Kobragiftreaktion. Z. 1910, Bd. 67, S. 330, R.
162. Siemens, Die Errichtung eines biologischen Forschungsinstitutes über die körperlichen Grundlagen der Geisteskrankheiten. WS. 1912/13, S. 101.
163. Sioli, Über die Westphalschen Pupillenstörungen bei Katatonie und die Pupillenunruhe und sensible Reaktion bei Dem. praecox. ZNP. Bd. I, S. 533, R.
164. Snell, Über Hypothermie bei Geisteskranken. Z. 1898, Bd. 55, S. 305, R.
165. Sommer, Objektive Darstellung katatonischer Muskelzustände. NCB. 1903, S. 1160, R.
166. Soukhanoff, La démence précoce et la syphilis. NCB. 1912, S. 462, R.
167. Soutzo jun. und Dimitresco, Démence precoce et tuberculose. ZNP. 1910, Bd. II, S. 721, R.
168. Stilling, Zur Kenntnis der Einwirkung des Kobragiftes auf die roten Blutkörperchen von Geisteskranken. Z. 1910, Bd. 47, S. 316, R.
169. — Untersuchungen zur Muchschen Hemmungsreaktion. MmW. 1909, S. 2630.
170. Strasburger, Pupillenträgheit bei Akkomodation und Konvergenz. NCB. 1902, S. 738.
171. Tetzner, Tod durch gehäufte Krampfanfälle bei Katatonie. WS. 1905/06, S. 225/236.
172. Thomsen, Dementia praecox und manisch-depressives Irresein. Z. 1907, Bd. 64, S. 631.
173. Timofejew, Dementia praecox pseudoparalytica. NCB. 1912, S. 473, R.
174. Tomaschny, Der Kopfschmerz bei Dementia praecox. Z. 1908, Bd. 65, S. 778.
175. — Ref. im Jahresbericht für Neur. u. Psych., 1909, S. 1051.
176. Trepsat, 65 Fälle von katatonischem Pseudoödem. NCB. 1905, S. 236, R.
177. Tyson und Clark, Augensymptome bei Dem. praecox. Z. 1909, S. 132*, R.
178. Urstein, Diskussionsbemerkung zu Hüfler, Über die katatonischen Anfälle. Z. 1908, Bd. 65, S. 469, R. u. WS. 1908/09, S. 135, R.
179. — Manisch-depressives und periodisches Irresein als Erscheinungsform der Katatonie. Z. 1912, Bd. 69, S. 707, R.
180. Vorster, Über das Verhalten des spezifischen Gewichts des Blutes bei Geisteskranken. Z. 1894, Bd. 50, S. 1081, R.
181. Woda und Matssumoto, Chemische und zytologische, histologische und hämatologische Studien über den Liquor cerebrospinalis bei Geisteskrankheiten. NCB. 1910, S. 650, R.
182. Wassermeyer, Zur Pupillenuntersuchung bei Geisteskranken. A. 1908, Bd. 43, S. 124.
183. Weber, Blutdruckmessungen bei Kranken mit manisch-depressivem Irresein und Dem. praecox. A. 1910, Bd. 47, S. 391.
184. Weiler, Pupillenuntersuchungen bei Geisteskranken. NCB. 1906, S. 475, R., MmW. 1906, S. 1273, R. u. WS. 1906/07, S. 685, R.
185. — Pupillenuntersuchungen bei Geisteskranken. WS. 1906/07, S. 85, R.
186. Westphal, Über ein bisher nicht beschriebenes Pupillenphänomen. NCB. 1899, S. 161.
187. — Weitere Beobachtungen über im katatonischen Stupor beobachtete Pupillenphänomene nebst einem Erklärungsversuch der „katatonischen" Pupillenstarre. Deutsche med. W. 1909, S. 1001.
188. — Über Pupillenstörungen bei Hysterie und Katatonie. Z. 1910, Bd. 67, S. 328, R.
189. — Über bisher nicht beschriebene Pupillenerscheinungen im katatonischen Stupor, mit Krankendemonstrationen. Z. 1907, Bd. 64, S. 694.
190. Willmanns, Über Differentialdiagnose der funktionellen Psychosen. Z. 1907, Bd. 64, S. 682, R.
191. Winslow, Partielle Thyreoidektomie bei Dem. praecox. NCB. 1912, S. 476, R.
192. Winter, Ein kasuistischer Beitrag zu den Westphalschen Pupillenstörungen bei Katatonie. NCB. 1912, S. 469, R.
193. Wintersteiner, Augenspiegelbefunde bei Psychosen. NCB. 1907, S. 1103, R.
194. Zablocka, Zur Prognosestellung der Dem. praecox. Z. 1908, Bd. 65, S. 318.
195. Ziehen, Tagesschwankungen der Temperatur bei funktionellen Psychosen. Z. 1894, Bd. 50, S. 1042.

Professor Volds Buch über den Traum und moderne Traumdeutung.

Von Oberarzt Dr. **Wern. H. Becker,** Landesirrenanstalt Weilmünster.

Ein größeres Werk über den Traum, stammend aus der Feder des vor zirka sechs Jahren verstorbenen norwegischen Universitätsprofessors Mourly Vold, fußend auf eine große Anzahl experimental-psychologischer Untersuchungen desselben, einer Revision unterworfen und ins Deutsche übersetzt von Privatdozent Dr. Klemm in Leipzig und der erste Band 1910, der zweite 1912 bei Joh. Amb. Barth in Leipzig erschienen, verdient es, der drohenden Vergessenheit entrissen zu werden. Herrscht doch, wie Klemm im Vorwort richtig bemerkt, „das regste Interesse für experimentelle psychologische Untersuchungen innerhalb des deutschen Sprachgebiets", ich erinnere nur an Namen, wie Weygandt, Specht, Veronese, Sante de Sanctis, Freud usw., die sämtlich seit der Jahrhundertwende mit einschlägigen größeren Publikationen hervorgetreten und, soweit die Ausländer, von berufener Seite ins Deutsche übersetzt worden sind. Es sei mir zunächst eine kurze Inhaltsangabe gestattet.

Es handelt sich in dem großen zweibändigen Werke zur Hauptsache um „kutanmuskuläre Traumexperimente", also um die Untersuchung experimentell erzeugter Träume unter Verwendung eines künstlichen Reizmittels, das entweder in kurzer oder dauernder Berührung der Haut oder in leichter Anspannung gewisser Muskelgruppen bestand. Das menschliche Versuchsmaterial bestand aus Studenten, Lehrern und Lehrerinnen. Einer Normalnacht, die dem Vergleich dienen sollte, folgte die Versuchsnacht. Bei Reizung eines Fußgelenks nur durch ein Band, das die Nacht über ums linke Fußgelenk getragen wurde, empfanden viele Personen — prozentualiter viel mehr als in der reizlosen Nacht — starke rhythmische Untergliedbewegungen (wie z. B. Laufen) oder statische Plantarstellungen oder es wurden diese Bewegungen bezw. Stellungen im Traum bei anderen gesehen. Fiel der Versuch weniger positv aus, so handelte es sich um ein einfaches Gehen oder Stehen. Schwach positiv nennt Verfasser auch noch den Versuch beim Erscheinen „von abstrakten und dinglichen auf die Bewegungen hinweisenden Motiven" im Traum. Eine Zählung solcher positiven Ergebnisse ergab, daß dieselben in der Reiznacht 2 1/2 mal stärker vertreten waren als in der reizlosen. Bei der Reizung beider Unterextremitäten, insbesondere beim Zusammenbinden beider Füße trat mit Vorliebe das auf, was Vold „Parallelmotive" nennt, nämlich Traummotive mit paralleler Beziehung auf die Füße bezw. Beine, d. h. gleichzeitige und gleichartige Bewegungen mit beiden Extremitäten, z. B. Sicherheben auf die Zehen. Daneben fand sich oft das Motiv der passiven Gesamtbewegung, welches Vold zurückführt „teils auf den Doppelcharakter der Reizung und auf die die Auffassung dieses Charakters fördernde Annäherung der Reizung an den Parallelismus, teils auf der Stärke der Doppelreizung der Analogie".[1]) Rhythmische Bewegungen (wie Laufen, Tanzen usw.), die in den Träumen nur in einer Extremität Gereizter sehr oft vorkamen, wurde in den Träumen doppelt Gebundener auffallend selten gefunden. Bei Kreuzung der Beine ergaben sich neue Traummotive, z. B. die Empfindung des Kletterns. Als bemerkenswertes Resultat bei allen Untersuchungen tritt immer wieder das Moment einer psychologischen Verteilung des gleichzeitigen physiologischen Zustandes auf zwei Individuen hervor, ferner die Assimilation und für den wachen Zustand unlogisch und unerklärlich erscheinende assoziative Verknüpfung ganz fremdartiger Wahrnehmungen mit den muskulär ausgelösten Vorstellungen. Ähnliche und nicht viel neue Resultate gewann Vold an einigen durch Frakturen oder andere pathologische Zustände beeinflußten Träumen. Es folgt dann der Handschuhversuch: für die ganze Nacht wird ein Handschuh getragen; dabei ergibt sich positiver Erfolg, d. h. nachweisliche Beziehung des Trauminhalts zu dem Handreiz rechts in etwa 79, links in etwa 69% aller Fälle; beim gleichzeitig beiderseits ausgeführten Versuch erwies sich derselbe sogar in 83 bis 88% der Fälle positiv. Der Handschuhversuch ist öfter positiv als der analoge Fußreizversuch, der übrigens — um das noch nachzutragen — auch anfangs öfters im nächtlichen Tragen eines Strumpfes bestand, dann aber als unzureichend aufgegeben wurde. Als positiv nimmt Vold den Versuch mit dem Handschuh an, wenn der Traum enthält: Entweder Wahrnehmung und Lokalisation der Berührung (des Druckes) oder der Wärme; oder aber eine freie, von Worten begleitete Vorstellung; oder endlich hand- oder handschuhähnliche Dinge oder Handrelation, mit Hand-

[1]) Ich bin der Ansicht, daß Vold hier das Motiv des Gefesseltseins bei dem Binden und noch dazu Zusammenbinden beider Füße zu wenig berücksichtigt hat. Es liegt doch außerordentlich nahe, sich geträumte passive Bewegungen durch das ständige Gefühl, aktive Bewegungen nicht ausführen zu können, zu erklären.

schuh zusammenhängende Personen oder Situationen ohne Apperzeption oder Vorstellung von Handschuh. Im großen und ganzen entsprachen die Ergebnisse in bezug auf geträumte Handbewegungen, zu denen Vold in diesem Falle, wie oben die Beinbewegungen zu denen des Fußes, die Armbewegungen hinzugezählt sehen will, diejenigen der analogen, die untere Extremität betreffenden Fälle. „Nur tritt das in Rede stehende Moment bei der oberen Extremität quantitativ weitaus öfter hervor. Qualitativ fällt ein weiters häufiger geträumter Gebrauch der rechten oberen Extremität auf. Rhythmische und Parallelbewegungen treten an der oberen Extremität ohne merklichen Frequenzunterschied auf. Auch zeigte sich die durch einen wohlbekannten Gegenstand beeinflußte größere, feinere und geübtere Hautfläche der Hand an Hauttraummomenten und an Hautassoziationen reicher, als die durch den ungewohnten Bandreiz gedrückte, kleinere, gröbere und weniger geübte Fläche des Fußes. Ähnliche Resultate ergaben sich bei einigen auf die Finger bezüglichen Experimenten. Das Handschuhexperiment erwies sich als unwirksam, wenn die betreffende Person gewöhnt war, bei Tage oft Handschuhe zu tragen und nun das Experiment mehrere Nächte hintereinander ausgeführt wurde. Es folgen darauf einige Autobeobachtungen bei Rückenreizung, die Vold dadurch zustandebrachte, daß er sich drei Holzstückchen für die Nacht auf den Rücken band. In den letzten Kapiteln verliert sich Vold etwas ins Mystische, wie wir weiter unten sehen werden, nur den einen glaubwürdigen Satz kreiert er noch, wo er von dem Einfluß einer kurzdauernden Muskelerregung am Abend spricht. „... . daß in den Fällen, wo die abends realiter ausgeführte Bewegung eine entsprechende Traumbewegung zur Folge hat, der den Traum begleitende, mit der abendlichen Bewegung korrespondierende Kontraktionszustand des betreffenden Gliedes jedenfalls eine wesentliche Bedingung für die geträumte Bewegung bildet."

Dies ist im wesentlichen der Inhalt des Voldschen Buches, den wir ziemlich anerkennen müssen, da uns die nötigen Unterlagen dafür geboten werden. Mit der Weitschweifigkeit, aber auch Gründlichkeit und Exaktheit des modernen psychologischen Experimentators werden eine Reihe von Träumen anerkannt zuverlässiger Versuchspersonen als Basis für die Behauptungen aufgestellt, und letztere erfahren die Einschränkung des Prozentsatzes an negativen Träumen. Somit können wir im allgemeinen stets unterschreiben und können auch noch den Leitgedanken Volds uns zu eigen machen, daß die meisten Träume Reizträume sind. Hier begegnen wir ja auch den Ansichten deutscher Autoren; denn Weygandt[2]) z. B. ist, wie Klemms Vorwort schon ganz richtig sagt, auf Grund eines sorgfältigen Studiums des Einflusses der Gemeinempfindungen und zum Teil auch unter Zuhilfenahme experimenteller Beeinflussung des Traumbewußtseins auch zu dieser Überzeugung gelangt. Aber Vold mit seinen zahllosen Experimentierträumen hat noch mehr Beweiskraft. Somit wäre Volds Werk als ein wohlgelungenes zu betrachten, wenn er etwa in der Hälfte des zweiten Bandes zum Schluß übergegangen wäre, z. B. damit abgeschlossen hätte, daß er seine Resultate mit den Ergebnissen anderer Autoren verglichen hätte. Statt dessen verliert er sich in eine Sphäre, in die man ihm nicht mehr zu folgen vermag. Ein Beispiel möge hier wiedergegeben werden. Auf Seite 726/717 schreibt er:

Traum:

Mit einer Dame steige ich eine Leiter hinauf, um einige vermeintliche Diebe zu erblicken, die sich im Nachbarhause aufhalten.

Analyse:

Beim Erwachen zeigt sich meine rechte Hand über dem Kopfe, die linke Extremität gebeugt; daher die Besteigung der Leiter; Rückenempfindung[3]) mitwirkend. „Dieb", der verborgen ist, hängt gewiß mit der Rückenempfindung zusammen. Ein Dieb versteckt gewöhnlich die gestohlenen Sachen; „hinter dem Rücken halten" ist (im Norwegischen) alltägliche Bezeichnung für das Verstecken; hierzu kommt im Traume noch, daß die Diebe selbst verborgen sind. „Dieb" und „Besteigen der Leiter" gut assimiliert im Traume

Hier scheint mir doch die Willkür zu sehr ihr Spiel getrieben zu haben. Wieviel andere Modifikationen gibt es zur Deutung solchen Traumes. Man stelle denselben z. B. nur einmal in einer modernen psychoanalytischen Versammlung zu Diskussion! — Übrigens findet Freud in dem Buche ebenso wenig Würdigung wie andere Autoren. Freud ist allerdings auch direkter Antipode von Vold. Während Freud mit bewunderungswürdiger Ungeniertheit das vermeintliche Treiben und Gebaren der Vita sexualis des Träumers aufdeckt, wo sie dem Leser verschleiert lag und oft auch nach der durch Freud geschehenen Entschleierung in ihrer wahren Natur sich nicht kund zu geben vermag, wird bei Vold alles Sexuelle nur kurz gestreift und etwaiger Erklärungsversuch in Krafft-Ebingschem Latein höchst dezent in einer An-

[2]) Beiträge zur Psychologie des Traumes, in Wundt, Phil. Studien, Bd. XX, 1902, S. 456 ff.

[3]) Es handelt sich um eine Nacht mit dem oben beschriebenen Rückenreizversuch.

merkung niedergelegt. Und während Freud die Träume so gern als Wunschträume bezeichnet, wird bei Vold der Willensimpuls völlig ausgeschaltet: lediglich objektive Erlebnisse und nächtliche von außen kommende Reize des Körpers wirken zusammen beim Zusammenkommen des Traumes. Wer von uns die moderne Psychoanalyse und insbesondere die Traumliteratur der Freudianer kennt, wird vielleicht die Wahrheit zwischen diesen beiden Extremen finden. Es gibt ja tatsächlich Wunschträume und es gibt auch unbestreitbar durch äußere Reize entstandene Träume. Somit sind unsere Träume vielleicht ein gar nicht so aus einer einzigen Ursache heraus entstehendes Gebilde. Kommen doch auch noch andere Ursachen hinzu. Ich erinnere nur an die Träume, die die Ansicht, daß der Traum der Hüter des Schlafes sei, gezeitigt haben, oder an diejenigen, die durch innere Reize, z. B. bei einer Indigestion zustandekommen. Vielleicht werden uns unsere Nachfahren darüber näheren Aufschluß geben können.

Jedenfalls wird diesen späteren Forschungen dann auch das Mourly Voldsche Werk mit als Unterlage dienen. Denn trotz der eben erwähnten Schwächen, zu denen ich noch die hinzuzählen müßte, daß der Autor im letzten Viertel seines Buches gar zu viel auf eigene Träume sich stützt — also derselbe Fehler, in den m. E. auch Freud in seiner Traumdeutung verfiel — ist und bleibt das positive Ergebnis der Voldschen Untersuchungen, ich will nicht sagen ein standard work, das wäre zu viel gesagt, aber ein brauchbarer Baustein für das zu errichtende Gebäude einer künftigen Physiologie des Traumes.

Mitteilungen.

— **Die Konferenz der Direktoren der kgl. sächsischen Landes-Heil- und -Pflegeanstalten** tagte am 1. November unter dem Vorsitze des Ministerialdirektors Geheimen Rates Heink im Ministerium des Innern. Der Vorsitzende gedachte zunächst mit Worten herzlicher Dankbarkeit und Anhänglichkeit des kürzlich verstorbenen Obermedizinalrates Professor Dr. Näcke, des verdienstvollen Direktors der Landesanstalt Colditz, dessen Andenken die Versammlung durch Erheben von den Plätzen ehrte. Die Konferenz befaßte sich zum ersten Punkte der Tagesordnung mit der Frage, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um die Gesellschaft nach Möglichkeit vor den Angriffen gemeingefährlicher, außerhalb der Anstalten befindlicher Geisteskranker zu bewahren. Dabei kam zur Sprache, daß die Staatsregierung nach dieser Richtung gegenüber den wegen geistiger Erkrankung straffrei gebliebenen Personen in jüngster Zeit bereits verschiedene Vorkehrungen getroffen hat, daß jedoch auch auf diesem beschränkten Gebiete erst dann eine völlige Abhilfe möglich ist, wenn die bevorstehende Strafrechtsreform eine besondere Behandlung der nicht geisteskranken, aber geistig minderwertigen Delinquenten durchführt. Die Versammelten kamen schließlich dahin überein, daß, so gewiß ein absoluter Schutz der Gesellschaft hier wie anderwärts außerhalb des menschlichen Machtbereiches liegt, doch von seiten der Anstalten der Gefahr insoweit mit allen Mitteln vorgebeugt werden muß und vorgebeugt wird, als es sich um Personen handelt, die schon einmal in Anstaltsbehandlung gewesen sind und gemeingefährliche Neigungen gezeigt haben. — Von besonderem Interesse für die Allgemeinheit waren noch die Mitteilungen, die der Direktor von Zschadraß über den von ihm zuerst in großem Maßstabe unternommenen Versuch machte, auch Männerstationen mit weiblichen Pflegekräften zu versorgen. Der Versuch scheint nach jeder Richtung zu gelingen und läßt einen weiteren Fortschritt in der inneren Ausgestaltung unserer Landes-Heil- und -Pflegeanstalten für die Zukunft erhoffen. (Dresdener Anzeiger 5. XI. 13.)

— **Hessischer Hilfsverein für die Geisteskranken.** Der Bericht des Vorstandes des Hilfsvereins für die Geisteskranken in Hessen (Unterstützungskasse der hess. Landesheil- und -Pflegeanstalt und der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten in Gießen) für das Rechnungsjahr 1912 (1. April 1912 bis Ende März 1913) ist soeben im Druck erschienen. Die Zahl der Geber betrug im Jahre 1912 72,470; die Summe der Beiträge von Privaten 23,460 M, von öffentlichen Kassen 5615 M. Die Unterstützungssummen betrugen 36,992 M; die Zahl der Unterstützungen belief sich auf 1348. Der Vermögensstand der Kasse war Ende des Rechnungsjahres 1912: 71 505,02 M. An einigen Fällen wird erläutert, wo und wie der Hilfsverein eingreifen soll. Es wird dann noch kurz die wirtschaftliche Lage des Wartepersonals besprochen, an dem leider noch immer Mangel herrsche. Der Bericht schließt mit den Quittungen über die im Rechnungsjahr eingelaufenen Beiträge, wobei die Großherzogliche Staatskasse mit 1500 M an der Spitze steht. Es folgen die Beiträge aus Spar-, Kreis-, Gemeinde-, Armen-, Kirchen-, Vereinskassen, wobei Starkenburg mit 1928,35 M aus 111 Kassen an der Spitze steht. Aus Rheinhessen kamen 1341 M aus 63 Kassen, aus Oberhessen 886,10 M aus 74 Kassen. Die Übersicht der von privaten Sammlern eingebrachten Beiträge und eine Übersicht über die Gesamteinnahmen- und -ausgaben nebst Abschluß, schließt sich an, laut dem die Gesamteinnahme 45 555,11 M und die Gesamtausgabe 45 485,50 M beträgt.

— **Ausstellung von Arbeiten Geisteskranker.** Vom 5. bis zum 7. November veranstaltete während der Stunden von 10—4 Uhr in den Sälen des Hamburger Hofs wie in den Vorjahren der Verein zur Fürsorge der aus Friedrichsberg entlassenen Kranken einen Verkauf der

durch diese entlassenen Kranken unter Anleitung der Damen des Vereins gefertigten Handarbeiten. Durch die segensreichen und opferwilligen Bemühungen der Damen ist zahlreichen Entlassenen, vor allem Frauen, die zum Teil nur unvollkommen geheilt werden konnten, der Eintritt in das Erwerbsleben ermöglicht und erleichtert worden, so daß sie durch Handarbeit sich wieder vorwärts bringen können. Es handelt sich vor allem um Leinen-, Weißzeug-, Näh-, Häkel- und Strickarbeiten, die in durchweg solider Ausführung dort unter mäßigen Preisen zum Verkauf geboten werden. Gleichzeitig wird in den Verkaufssälen auch eine Kollektion unverkäuflicher Gegenstände ausgestellt, die von Patienten in der Irrenanstalt Friedrichsberg selbst, noch im Laufe der Anstaltsbehandlung, angefertigt worden sind. Es sind Webearbeiten, u. a. Schürzen, die in der Anstalt genäht wurden aus einem dort gewebten Stoffe, Vorhänge, bunte Schals, ferner Teppiche und Stuhlsitze in Smyrnatechnik, mannigfache Erzeugnisse der Spitzenklöppelei, Kinderspielzeug aus Abfällen hergestellt, geflochtene Fußmatten usw. Gerade für die Behandlung und Heilbestrebungen sind solche Beschäftigungen von Kranken, die es vielfach zu einer erstaunlichen Kunstfertigkeit bringen, ganz besonders bedeutungsvoll. Es ist daher zu hoffen, daß diese Art von Behandlung ruhiger, aber noch nicht entlassungsfähiger Kranker nach Errichtung der bevorstehenden Neubauten der Anstalt Friedrichsberg noch ausgiebiger durchgeführt werden kann.

— Zu dem Thema: **Volksnervenheilstätten** (cf. Nr. 30 und 31 d. Wochenschr.) schreibt Herr Oberarzt Dr. Götze in Heppenheim a. d. B.:

Die **Nervenheilstätte Naundorf** b. Leipzig — jetzt Erholungsheim der Ortskrankenkasse Leipzig und Umgegend — ist von dem Unterzeichneten unter Aufwendung großer Mühe und pekuniärer Mittel von 1900 bis 1903 als Privatunternehmen erbaut und bis 1907 geleitet worden. Es galt das ganze Areal erst zu erschließen, Straßen und ein Wasser- und Elektrizitätswerk anzulegen, ehe der Betrieb erfolgen konnte. Von 1903 bis 1907 fanden auf Grund eines Vertrags mit der Ortskrankenkasse Leipzig eine immer größere Anzahl Kassenpatienten Aufnahme, bis die ganze Anlage teils in den Besitz der Stadt Leipzig, teils in die Verwaltung der Ortskrankenkasse Leipzig überging und seither eine wiederholte bauliche Erweiterung erfahren hat, während die ärztliche Organisation leider ein Einschränkung erfuhr.

Die Anstaltstätigkeit des Unterzeichneten unter Umständen, die größte Umsicht und Aufopferung für die, gerade in maßgebenden Kreisen unverstandene, Sache erforderten, namentlich in den Jahren 1903 bis 1907, wo der Betrieb bereits zu einem fast öffentlich-anstaltsmäßigen durchgeführt war, ist in der Monographie „Nervenkranke und Nervenheilstätten niedergelegt, die 1907 bei Carl Marhold in Halle erschienen ist.

Heppenheim a. d. B., 3. November 1913.
Dr. R. Götze, Großh. Oberarzt.

Referate.

— Eulenburg, Geh. Medizinalrat Prof. Dr. A., Berlin: „Hysterie" und „hysterisch". Vortrag im Hilfsverein für bedürftige gebildete Frauen und Mädchen am 12. Dezember 1911. (Sonder-Abdruck aus der Zeitschrift „Die Hygiene" 1912 Heft 3—5.) Verlag: Norddeutsche Verlagsgesellschaft m. b. H., Berlin NW. 40.

Der vorliegende Vortrag soll dazu beitragen, das Verständnis für die viel gebrauchten Schlagworte: „Hysterie" und „hysterisch", die leider so häufig mißbraucht und entwertet werden, immer mehr zu erwecken. Verf. schildert darin in klarster, plastischer Weise die Hysterie in allen ihren Erscheinungsformen, darauf hinweisend, daß sie eine echte Krankheit des Gefühls- und Vorstellungslebens ist, also nichts „Eingebildetes" darstellt, wie selbst der gebildete Laie oft glaubt, dem der hysterische Charakter in seiner Sprunghaftigkeit, seinem Stimmungswechsel usf. nur als etwas Unerfreuliches imponiert.

Sehr anschaulich und für den Laien überzeugend ist auch die Einleitungsdarstellung über die engen Beziehungen der jetzigen Hysterie mit der Besessenheit, dem Hexenwahn usf. sowohl ätiologisch, als zum Teil auch therapeutisch.

Möge die kleine Schrift in den Kreisen, für die sie in erster Linie bestimmt ist, eine weite Verbreitung finden.
Heinicke-Großschweidnitz.

— Cimbal, Dr. W.: Taschenbuch zur Untersuchung nervöser und psychischer Krankheiten. *Eine* Anleitung für Mediziner und Juristen, insbesondere *für* beamtete Ärzte. Zweite vermehrte Auflage mit 17 Textabbildungen. Berlin 1913. Verlag von Julius Springer.

Das vorliegende Taschenbuch erfüllt seinen Zweck in vollem Maße. An der Hand klarer Untersuchungshinweise wird derjenige, der sonst weniger mit nervösen und psychischen Störungen zu tun hat oder der in diesem Gebiet noch Anfänger ist, in die Lage versetzt, die praktische Beurteilung obengenannter Störungen mit größerer Sicherheit als bisher durchzuführen. Der kleine Leitfaden ist in der Tat in der Psychiatrie und Neurologie das, was für die pathologische Anatomie die Sektionstechnik bedeutet.

Heinicke-Großschweidnitz.

— Laache, Dr. S., Professor der inneren Medizin an der Universität Kristiania: Über Schlaf und Schlafstörungen. Ihre Ursachen und ihre Behandlung. Mit 2 Textabbildungen.

Neben allgemeinen Erörterungen, die sich u. a. auf das Wesen des physiologischen Schlafes erstrecken, behandelt Verf. in dieser Broschüre in anschaulichster Weise unter Heranziehung gut gewählter Beispiele die Schlafsucht und die Schlaflosigkeit hinsichtlich ihrer Ursache, Prognose und Behandlungsmöglichkeit.

Die Arbeit des Verf.s wird manchem Arzt in der Behandlung an Schlafstörungen leidender Patienten wertvolle Winke geben!

Erwähnt sei noch, daß die Theorie der „Ermüdungsstoffe" immer noch als die plausibelste erscheint.
Heinicke-Großschweidnitz.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Heilanstalt Rothenberg** bei Riga. Dr. Julius Schroeder, bisher Arzt der städtischen Irrenanstalt Rothenberg in Riga, ist zum Direktor dieser Anstalt ernannt worden.

— **Galkhausen** (bei Langenfeld Rheinl.) Versetzt: Oberarzt Dr. Raether von Galkhausen nach Bonn; Oberarzt Dr. Stallmann von Merzig nach Galkhausen; Anstaltsarzt Dr. Vorbrodt von Grafenberg nach Galkhausen..

— **Pankow** bei Berlin. Dem Direktor der Privatirrenanstalt, Dr. Scholinus, wurde der Charakter als Sanitätsrat verliehen.

— **Herborn.** Dem Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Dr. Snell wurde der Charakter als Sanitätsrat verliehen.

Therapeutisches.

— **Über eine neue Klasse von lipoiden Arsenverbindungen.** Von Emil Fischer und Georg Klemperer.

Es handelt sich um das von F. und K. hergestellte bezw. als Arzneimittel versuchte Strontiumsalz der Chlorarsenobehenolsäure, dem sie die Bezeichnung Elarsen (aus ἔλανιο und Arsen) gaben und das zirka 13% Arsen und zirka 6% Chlor enthält. Es ist ihm noch etwas behenolsaures Strontium beigemengt, dessen Anwesenheit aber für den arzneilichen Gebrauch keine Bedeutung hat. Das Elarson kommt in Form von Tabletten in den Handel, deren Arsengehalt quantitativ genau ist. Jede Elarsontablette enthält 0,5 mg Arsen. Verträglichkeit und Resorbierbarkeit des Elarsons wurde zuerst an Hunden geprüft. Hunde von 5—8 kg fressen täglich 60 Elarsontabletten, welche dem Futter beigepulvert werden, ohne Reaktion. Vergiftungserscheinungen wurden bei mittelgroßen Hunden erst beobachtet, wenn die in den Elarsontabletten enthaltene Arsenmenge 50 mg überschritt.

Gesunde Menschen vertragen das Elarson in den medizinalen Dosen ohne jede Beschwerde. Zur Prüfung der Resorption erhielten zwei Menschen je 40 Tabletten pro Tag (20 mg Arsen). In dem gesammelten Kot wurden das eine Mal 20%, das andere Mal 27% des verabreichten Arsens wieder gefunden; ein Teil des resorbierten Arsens konnte durch die Dickdarmschleimhaut wieder ausgeschieden sein. Resorbierte Menge also mindestens 80 bezw. 73%. Dabei konnte auch im Harn zweifelsohne Arsen nachgewiesen werden.

Einzeldosis für Erwachsene zwei, für Kinder eine Tablette. Einzeldosis bei Kindern zwei- bis dreimal, bei Erwachsenen drei- bis fünfmal täglich.

„In dieser Dosis hat das Elarson ganz regelmäßig bei sekundären Anämien die Blutkörperzahl beträchtlich vermehrt, bei Appetitlosigkeit und Schwächezuständen zur Besserung des Allgemeinzustandes und Hebung des Körpergewichts beigetragen, namentlich bei Phthisikern; auch während fieberhafter Zustände derselben hat es

sich nützlich erwiesen. Besonders gute Heilerfolge sahen wir von den Elarsontabletten bei Chorea sowie bei schweren Neuralgien, besonders bei Kopfschmerzen, die anderen Formen der Arsenmedikation getrotzt hatten. Auch bei Behandlung der Basedowschen Krankheit glauben wir dem Elarson einige sehr günstige Ausgänge zuverdanken."

Unerwünschte Nebenwirkungen: bei der Dosis von dreimal zwei Tabletten keine beobachtet; auch fünfmal zwei Tabletten werden fast immer gut vertragen, doch kam es bei dieser Menge gelegentlich zu schnellerer Stuhlentleerung, die übrigens nicht immer unerwünscht war. Bei zehnmal zwei Tabletten hatten einzelne Patienten Magenbeschwerden. Eine große Reihe von Kranken hat aber wochenlang zwanzigmal zwei Tabletten täglich vertragen. F. und Kl. ließen die Tabletten stets nach den Mahlzeiten nehmen. Ärztliche Verschreibung: Elarsontabletten Nr. 60; DS. tgl. mehrmals 1—2 St. nach den Mahlzeiten zu nehmen.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma **A. Marcus & E. Webers Verlag, Dr. jur. Albert Ahn in Bonn** bei, welchen wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 34. 22. November **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Erfahrungen mit Luminal. Von Dr. Ernst v. Klebelsberg, Hall T. (S. 415.) — Gesetz über die Anstaltsfürsorge an Geisteskranken vom 12. November 1912 in Sachsen. (S. 417.) — Mitteilungen (S. 422): Übernahme von Geisteskranken zwischen Deutschland einerseits und Großbritannien und Irland andererseits. Grundkauf für eine neue Irrenanstalt in Lichtenstadt bei Karlsbad. — Referate (S. 422). — Personalnachrichten (S. 423.)

(Aus der Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke Hall, T.)

Erfahrungen mit Luminal.

Von Dr. **Ernst v. Klebelsberg.**

Seitdem das Luminal vor zirka 2 Jahren in den Arzneischatz aufgenommen wurde, erschien eine Reihe von Veröffentlichungen, in denen über die Wirkung dieses Mittels Mitteilung gemacht wurde. Die Resultate waren durchwegs günstig, ja zum Teile sehr günstig und Nebenerscheinungen ziemlich selten beobachtet worden. So sah Loewe bei 300 mit Luminal Behandelten einmal ein Arzneiexanthem, das mit Temperatursteigerung einherging, jedoch nach Sistierung der Darreichung rasch abheilte. Mayer beschrieb ein scharlachähnliches Exanthem, welches sich vom Gesicht auf den ganzen Körper ausdehnte, jedoch auf die sofort eingeleitete Darmreinigung zurückging. Bemerkenswert ist dabei, daß nach einiger Zeit wieder das Mittel probeweise verabfolgt wurde, gleichzeitig aber auch für reichliche Stuhlentleerung gesorgt war. Es stellte sich dann nur mehr eine ganz leichte Rötung ohne Temperatursteigerung ein. Bei einem neuerlichen Versuch blieb jede Reaktion aus. Eder konnte bei längerer Verwendung bei 2 Kranken ein Exanthem beobachten. Bei einer Paralytikerin trat nach Verbrauch von 0,4 L ein masernähnlicher Ausschlag auf, der nach 4 Tagen, in denen das Mittel ausgesetzt wurde, wieder völlig abgeblaßt war. Bei einem andern Kranken mit Myodegeneratio cordis und Stauungserscheinungen zeigte das Exanthem eine mehr diffuse Röte, die sich über den ganzen Körper außer Gesicht ausbreitete und mit Juckreiz verbunden war. Dabei bestanden auch noch Petechien, die nach Ansicht des Verfassers wohl durch Stauungen hervorgerufen waren. Emanuel hatte viermal unangenehme Nebenwirkung: ein frieselartiges Arzneiexanthem, welches jedoch nach 3 Tagen wieder verschwand. Die beiden von Graeffer beobachteten Ausschläge sind nicht ganz einwandfrei, weil vorher Pyramidon resp. Aspirin gegeben worden war. Auch bei subkutaner Injektion von Luminal-Natrium traten nach König zweimal unangenehme Nebenerscheinungen auf: das eine mal zeigte sich nur lokale Nekrose, das andere mal nebenbei auch noch ein allgemeines Exanthem mit starkem Fieber, das ganz den Eindruck einer Infektionskrankheit machte. Ein vorgenommener Kontrollversuch nach Abklingen der stürmischen Erscheinungen konnte den ursächlichen Zusammenhang zwischen Erkrankung und Medikament feststellen. Im folgenden möge eines Falles Erwähnung getan werden, der in der hiesigen Anstalt zur Beobachtung kam.

P. G., 45 J. alt, soll schon seit 15. Lebensjahr an epileptischen Anfällen leiden. Der Mann wurde am 22. November 1912 hier aufgenommen, hatte ziemlich selten Anfälle und stand deshalb auch nicht unter ständiger Brombehandlung.

Am 25. Juli probeweise 0,3 g Luminal (am vorgehenden Tage starker Anfall).

26. Juli. Kein Anfall. 0,3 g L.

27. Juli. Der Kranke ist ziemlich stark benommen, schwer besinnlich, reagiert kaum auf Anreden. Aussetzen von Luminal.

28. Juli. Status idem.

29. Juli. Es fällt eine leichte Schwellung beider Lippen auf. Bei Öffnen des Mundes erscheint die Lippenschleimhaut gerötet, mit vereinzelten bis

linsengroßen Aphten bedeckt. Das Zahnfleisch ist gerötet und geschwollen.

30. Juli. Die Schwellung hat zugenommen. Am weichen Gaumen, sowie am Gaumensegel haben sich ebenfalls vereinzelte aphtöse Geschwüre gebildet. Temperatur 38,2.

In den folgenden Tagen nahmen die Geschwüre an Ausdehnung immer mehr zu, so daß schließlich die ganze Lippenschleimhaut von denselben bedeckt war. Ebenso verschmolzen auch die Ulzera am Gaumensegel zu ausgedehnten Plaques. Starke Salivation. Nahrungsaufnahme sehr herabgesetzt. Temperatur bis 39,0.

5. August. Am Gesicht, besonders in der Stirngegend sind zahlreiche größere oder kleinere rote Flecken aufgetreten, die Augenlider sind geschwollen, die Konjunktiven gerötet und geschwollen. Die oben geschilderten Flecken vergrößerten sich in der Folgezeit immer mehr, so daß schließlich die ganze Gesichtshaut vom Exanthem eingenommen war. Allmählich trat dasselbe auch an der Streckseite beider Kniegelenke auf und verbreitete sich von dort auch auf die Unterschenkel; schließlich konnte auch an der Dorsalseite beider Hände eine deutliche Rötung (zuerst fleckenförmig, dann konfluierend) wahrgenommen werden. Dieselbe griff auch auf die Vorderarme über.

8. August. Die Rötung blaßt allseits ab, und auch die Geschwüre am Gaumen sind zurückgegangen. Die Lippenschleimhaut ist jedoch immer noch mit Blutkrusten bedeckt, nach deren Entfernung die ulzerierte Schleimhaut sichtbar wird.

10. August. Die Rötung ist fast ganz verschwunden, nur an den Beinen ist dieselbe noch deutlich. Die Temperatur, welche früher immer bis 39,0 anstieg, ist auf 38,2 zurückgegangen.

In den nächsten Tagen blaßte auch das Exanthem an den Beinen ab und schließlich heilte auch die Schleimhaut der Lippen, so daß der Kranke am 22. August als gesund befunden werden konnte.

Man wird wohl nicht fehlgehen, wenn man die Erkrankung mit der nur zweimaligen (!) Gabe von je 0,3 g Luminal in Zusammenhang bringt. Das Auftreten direkt im Anschluß daran, das eigenartige Krankheitsbild machen diese Ansicht wohl soviel als zweifellos.

Von anderen Nebenwirkungen wurden von verschiedenen Seiten wie Dockhorn, Rosenfeld, Emanuel Schwindel, Benommenheit, Kopfschmerz bei ein- oder mehrmaliger Gabe von 0,4 oder darüber erwähnt. Diesbezüglich kann aus eigener Beobachtung mitgeteilt werden, daß bei einer Epileptikerin schon nach einer einmaligen Gabe von 0,2 L. am folgenden Tage Zeichen von Benommenheit, Schwerbesinnlichkeit, taumeliger Gang sich einstellten, und zwar in solchem Maße, daß die Kranke für einige Tage im Bett belassen werden mußte.

Es sollen diese Zeilen jedoch nicht abgeschlossen werden, ehe auch der Erfolge, welche man mit dem neuen Mittel erzielte, gedacht wurde.

Das Luminal wurde bei verschiedenen Krankheitsformen hauptsächlich als Beruhigungsmittel gegeben und in den meisten Fällen war der Erfolg ein guter zu nennen. Dies fällt um so mehr in die Wagschale, als bei den betreffenden Kranken zuerst die verschiedensten anderen Hypnotika versucht worden waren und damit nicht immer die beabsichtigte Wirkung erzielt worden war.

Auffallend, ja geradezu überraschend ist die günstige Beeinflussung der Epilepsie.

Diesbezügliche Mitteilungen sind schon mehrmals veröffentlicht, so von Kino, Geymayer, Hauptmann und Tellacani. Alle rühmen die prompten Erfolge: Verminderung der Zahl der Anfälle bis zum völligen Verschwinden, Abnahme der Intensität derselben, Zunahme des allgemeinen Wohlbefindens. Weniger günstig lauten die Berichte von Franckhauser, der allerdings auch Besserung erzielte, aber nur insoweit, daß die Anfälle mehr verdichtet wurden, ohne schlimme Folgen für das Allgemeinbefinden. Wohl wurden auch die Erregungszustände seltener und an Intensität geringer, die Kranken waren freier und das Allgemeinbefinden hob sich sichtlich.

	G. (1.)	I. (2.)	L. (3.)
1912			
September	43	34	45
Oktober	46	18	136
November	38	26	89
Dezember	3***	37	13***
1913			
Januar	16*	24	18
Februar	12*	11***	28**
März	—	—	26**
April	4*	3	†
Mai	1	7	—
Juni	2	16*	—
Juli	2	10*	—
August	1	7	—
September	—	6	—

*) Neben Luminal abwechselnd auch Brom.
**) Neben Luminal auch andere Mittel verabreicht.
***) Mit Luminal begonnen.

Unsere Beobachtungen stellen sich aber zu den erwähnten in Gegensatz und decken sich mit den oben zitierten vollends. An der beistehenden Tabelle tritt dies augenscheinlich zutage. Gaben von Luminal reduzierten die Anfälle auf ein Minimum und so oft wieder die Brommedikation eingeleitet wurde, häufte sich die Zahl der Anfälle um ein Bedeutendes. Aber auch bei den übrigen Kranken wurde bedeutende Besserung — wenn auch nicht in so hohem Maße— erzielt..

Erwähnenswert scheint noch eine Beobachtung (3). Pat. L. wurde wegen schwerer genuiner Epilepsie in die Anstalt eingebracht; die verschiedenen Brompräparate vermochten wohl teilweise auf die Zahl der Anfälle günstig zu wirken, aber immerhin traten dieselben noch in wechselnder Stärke auf. Als mit Luminal begonnen wurde, konnte eine sehr wesentliche Besserung erzielt werden. Nach einigen Monaten verweigerte der Kranke plötzlich das Medikament und sofort stieg die Zahl der Krämpfe; merkwürdigerweise konnten aber Gaben von 0,2 L. in den folgenden Tagen keinerlei Besserung bewirken, im Gegenteil stellte sich am nächsten Tage Status epilepticus ein, der auch zum Exitus führte. Vielleicht hätten hier höhere Dosen — 0,2 scheint für einen so schweren Fall wohl gering — oder Injektionen mit Luminal-Natrium (dasselbe stand uns leider damals gerade nicht zur Verfügung) doch noch den getahrdrohenden Zustand beseitigen können; wahrscheinlich ist es wohl nicht und man wird dies als ein „Versagen" bezeichnen müssen.

Zusammenfassend mag folgendes betont werden:

1. Wir haben im Luminal ein Mittel, welches besonders auf die Epilepsie einen sehr günstigen Einfluß ausübt, ja sogar, man möchte fast sagen, eine Heilung der Krankheit herbeiführen kann, und zwar dann, wenn auch Brom erfolglos angewendet wurde.

2. Die bisher allerdings nicht allzu oft beobachteten Nebenwirkungen müssen wegen ihrer Schwere zu besonderer Vorsicht mahnen und es scheint geraten, durch einige Tage mit ganz kleinen Dosen (0,1) zu versuchen.

3. Manchmal scheint jedoch auch dieses Mittel zu versagen, und zwar auch dann, wenn es vorher erhebliche Besserung brachte.

Literaturverzeichnis.

Eder, Über ein leichtlösliches Schlafmittel aus der Veronalgruppe (Luminal, Luminalnatron). Therapie der Gegenwart Juni 1912.

Emanuel, Erfahrungen mit Luminal bei Geistes- und Nervenkranken. Neurologisches Zentralblatt 1912 Nr. 9.

Frankhauser, Über die Wirkung des Luminals auf epileptische Anfälle usw. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1913.

Geymayer, Über die Wirkungsweise des Luminals im allgemeinen und bei Epilepsie im besonderen. Klinisch-therapeutische Wochenschrift Nr. 1 1912.

Hauptmann, Luminal bei Epilepsie. Münchner medizinische Wochenschrift Nr. 35 1912.

Kino, Zur Luminal-Wirkung, besonders bei Epilepsie. Therapie der Gegenwart September 1912.

König, Kritische Bemerkungen über Luminal. Berliner klinische Wochenschrift 1912 Nr. 40.

Löwe, Erfahrungen mit Luminal. Deutsche medizinische Wochenschrift 1912 Nr. 20.

Meyer, Luminal. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift Nr. 17 1912.

Tellacani, Il Luminal nell' Epilessia. Note e riviste de psichiatria 1913 Nr. 1.

Gesetz [1]) über die Anstaltsfürsorge an Geisteskranken vom 12. November 1912.

Wir Friedrich August, von Gottes Gnaden König von Sachsen usw. usw. usw. verordnen mit Zustimmung Unserer getreuen Stände, was folgt:

§ 1. Die Landesanstalten haben alle erwachsenen Geisteskranken, die der Behandlung und Pflege in einer Irrenanstalt bedürfen und deren Unterbringung ein sächsischer Ortsarmenverband in Erfüllung seiner armenrechtlichen Verpflichtung oder eine sächsische Gemeinde aus besonderen sachlichen Gründen beantragt, aufzunehmen und so lange zu verpflegen, als die eben angegebenen Voraussetzungen dauern.

Geisteskrank im Sinne dieses Gesetzes sind auch die Epileptischen, soweit sie zu den gewalttätigen epileptisch Irren zu zählen sind.

§ 2. Die Ortsarmenverbände und Gemeinden haben, bevor sie den Antrag auf Unterbringung stellen, ein ärztliches Gutachten einzuholen, in zweifelhaften Fällen das Gutachten des Bezirksarztes.

Über die Aufnahme entscheidet die Anstaltsdirektion. Eine Ablehnung hat sie zu begründen. Über die Beschwerde hiergegen befindet die für den Ortsarmenverband oder die Gemeinde zuständige Kreishauptmannschaft. Die Beschwerde ist auch zulässig, wenn die Anstaltsdirektion beschlossen hat, den Kranken zu ent-

[1]) Abdruck aus Gesetz- und Verordnungsblatt für das Königreich Sachsen Jahrgang 1912 Seite 483.

lassen. Eine solche Entlassung ist ebenfalls zu begründen.

Die Beschwerde ist binnen einer Woche nach der Bescheidung des Ortarmenverbandes oder der Gemeinde zu erheben und hat aufschiebende Wirkung, wenn sie sich gegen eine Entlassung richtet.

Die Entscheidung der Kreishauptmannschaft ist endgültig.

§ 3. Im Falle der Selbstzahlung sind die Anstaltskosten von den Aufgenommenen und, soweit deren Mittel nicht ausreichen, von den Personen zu entrichten, die nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts unterhaltspflichtig sind.

Bis zur Beibringung eines anderen Zahlers ist der Landesanstalt gegenüber zunächst der Armenverband oder die Gemeinde, welche die Aufnahme herbeigeführt oder sonst die Zahlungsverbindlichkeit übernommen haben, sodann derejnige Armenverband zahlungspflichtig, der nach den armenrechtlichen Vorschriften für den Kranken zu sorgen hat.

§ 4. Für die sächsischen Ortsarmenverbände, soweit ihnen die Unterstützung eines Kranken vorläufig oder endgültig obliegt, und für die sächsichen Gemeinden besteht der gleiche Verpflegsatz. Dieser bemißt sich nach der Hälfte des Aufwandes, der, nach dem Durchschnitte des Gesamtaufwandes aller Landesirrenanstalten berechnet, auf einen Kranken der billigsten Verpflegklasse täglich entfällt.

Die Höhe des Satzes macht das Ministerium des Innern mit der Maßgabe bekannt, daß er frühestens ein halbes Jahr nach der Veröffentlichung in Kraft tritt.

§ 5. Dieses Gesetz tritt am 1. Oktober 1913 in Kraft, soweit nicht mit einzelnen Städten etwas anderes vereinbart worden ist.

Auf geisteskranke Verbrecher, die wegen ihrer Gewalttätigkeit der Aufnahme in einer geschlossenen Anstalt bedürfen, leidet das Gesetz schon vom 1. Januar 1913 an unbeschränkt Anwendung.

Mit der Ausführung des Gesetzes wird Unser Ministerium des Innern betraut, das auch in der bisherigen Weise Anstaltsordnungen zu erlassen und darin insbesondere die bei Aufnahme eines Kranken erforderlichen Unterlagen anzugeben hat.

Urkundlich haben wir dieses Gesetz eigenhändig vollzogen und Unser Königliches Siegel beidrucken lassen.

Gegeben zu Dresden, am 12. November 1912.

LS Friedrich August.

Christoph Graf Vitzthum v. Eckstädt.

Verordnung zur Ausführung des Gesetzes über die Anstaltsfürsorge an Geisteskranken; vom 12. November 1912.

Zu § 1 des Gesetzes.

§ 1. Das Gesetz bezweckt lediglich, das Verhältnis der Landesirrenanstalten zu den Ortsarmenverbänden und Gemeinden zu regeln; das Recht der Kranken und ihrer gesetzlichen Vertreter, der Aufnahme zu widersprechen oder die Entlassung zu verlangen, berührt es nicht.

Auch läßt es das Recht der Landesirrenanstalten unberührt, in anderen als den vom Gesetze bezeichneten Fällen Geisteskranke aufzunehmen.

§ 2. Die Gemeinden und Ortsarmenverbände bleiben verpflichtet, für Geisteskranke bis zur Entscheidung über deren Aufnahme ein angemessenes Unterkommen zu schaffen (zu vergl. die Instruktion zur Verordnung vom 23. August 1874, G.- u. V.-Bl. S. 138). Die von den Bezirksverbänden ausgenommenen Städte haben außerdem für Fälle vorübergehender geistiger Erkrankung Stationen zu unterhalten.

Bevor das Gesetz in Kraft tritt, bestimmt die Direktion der zuständigen Landes-Heil- und Pflegeanstalt nach Gehör des beteiligten Bezirksarztes, wer von den Insassen einer Gemeinde- oder Bezirksanstalt unter das Gesetz fällt; nötigenfalls ist nach § 2 des Gesetzes zu verfahren.

Zu § 2 des Gesetzes.

§ 3. Das Gutachten, welches dem Aufnahmeantrage beizufügen ist, muß von einem staatlich approbierten Arzt ausgestellt sein und auf persönlicher Untersuchung beruhen. Es gilt vier Wochen vom Tage der Untersuchung an.

Sollen Kranke aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik der Universität Leipzig in eine Landesanstalt überführt werden, so ersetzt das Gutachten, welches die Direktion der Klinik ausgestellt hat, das Gutachten des Bezirksarztes.

§ 4. Die Beschwerden an die Kreishauptmannschaft sind Eilsachen.

Die Kreishauptmannschaft entscheidet in kollegialer Zusammensetzung.

Braucht die Kreishauptmannschaft zur Vorbereitung ihrer Entschließung das Gutachten eines weiteren Psychiaters, so hat dieses Gutachten das Landesgesundheitsamt abzugeben.

§ 5. Beruht die Ablehnung der Anstaltsdirektion nur darauf, daß der Zustand des Aufzunehmenden Anlaß zu Zweifeln darüber bietet, ob die gesetzlichen Voraussetzungen zur Irrenanstaltspflege gegeben sind, so darf die Kreishauptmannschaft mit Zustimmung des Beteiligten oder seines gesetzlichen Vertreters eine Beobachtung in einer Landes-Heil- und Pflegeanstalt anordnen. Die Anstalt selbst bestimmt das Ministerium des Innern. Die Unterbringung darf höchstens drei Monate dauern. Innerhalb dieser Frist hat die Kreishauptmannschaft endgültig zu entscheiden.

§ 6. In anderen als den von § 2 des Gesetzes bezeichneten Beschwerdefällen steht den Beteiligten gegen Entschließungen der Anstaltsdirektionen die Beschwerde an das Ministerium des Innern zu.

Zu § 3 des Gesetzes.

§ 7. Bei der Unterbringung von Landarmen und in den Fällen von §§ 33, 60 des Unterstützungswohnsitzgesetzes haben die Kreishauptmannschaften in Vertretung des Landarmenverbandes (Staates) mit den Landesanstalten unmittelbar abzurechnen, unbeschadet ihres Rechts, auch in diesen Fällen Ortsarmenverbände mit

Wahrnehmung der armenrechtlichen Fürsorge zu betrauen (§ 2 Absatz 2, § 6 der Verordnung vom 6. Juni 1871, G.- u. V.-Bl. S. 82, § 2 Absatz 2 der Verordnung vom 15. Juni 1876, G.- u. V.-Bl. S. 268).

Für die auf Kosten des Landarmenverbandes oder des Staates untergebrachten Geisteskranken ist der gewöhnliche Verpflegsatz zu entrichten. Die Ortsarmenverbände haften für den Schaden, der durch eine von ihnen verschuldete Verzögerung des Übernahmeverfahrens den Anstaltskassen erwächst.

§ 8. Unberührt bleibt das Recht der Landesanstalten, auch von anderen als den in § 3 des Gesetzes bezeichneten Personen, insbesondere von öffentlichen Kassen und Gesellschaften (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsanstalten), die Anstaltskosten erstattet zu verlangen.

Die vorläufige Zahlungspflicht der Armenverbände und Gemeinden ändert nichts an der Haftung des endgültigen Zahlers auch für diese Zeit.

Zu § 4 des Gesetzes.

§ 9. Der tägliche Verpflegsatz für die sächsischen Ortsarmenverbände und Gemeinden beträgt vom Inkrafttreten des Gesetzes an bis auf weiteres 1,25 M.

Bei Berechnung des dem Staat erwachsenden Aufwandes sind weder die Summen, welche die großen Städte infolge der neuen Regelung der Irrenanstaltsfürsorge zu zahlen haben, noch der gegenwärtige Wert der Anstalt Dösen anzusetzen, die mit dem Jahre 1913 in Staatsbesitz übergeht.

Zu § 5 des Gesetzes.

§ 10. Besonderer Verordnung bleibt es vorbehalten, eine vorläufige Ordnung für die Anstalt Dösen und eine gemeinsame Ordnung für alle Landesirrenanstalten zu erlassen.

§ 11. Das Gesetz tritt für die Städte Leipzig am 1. Januar 1913, Chemnitz spätestens am 1. April 1914, Plauen und Zwickau am 1. April 1914, Dresden am 1. April 1915 in Kraft.

Dresden, am 12. November 1912.

Ministerium des Innern.
Graf Vitzthum v. Eckstädt.

Dilßner.

Verordnung[2]) zur weiteren Ausführung des Gesetzes über die Anstaltsfürsorge an Geisteskranken vom 12. November 1912 (G.- u. V.-Bl. S. 483); vom 12. September 1913.

Die Verordnung vom 1. März 1902 (G.- u. V.-Bl. S. 37) wird folgendermaßen abgeändert:

§ 1. Der Heilung und Pflege der Geisteskranken dienen die Anstalten in Arnsdorf, Colditz, Dösen (Leipzig), Großschweidnitz, Hochweitzschen, Hubertusburg, Sonnenstein, Untergöltzsch, Waldheim und Zschadraß sowie die Zweiganstalt für Geisteskranke bei der Landesanstalt Bautzen, nach Befinden auch noch andere vom Ministerium des Innern zu bestimmende Anstalten.

Diese Anstalten sind sämtlich Irrenanstalten im Sinne der §§ 42 und 44 des Gesetzes vom 18. Juni 1898 (G.- u. V.-Bl. S. 191).

§ 2. An Stelle der Regulative A und B für die Landes-Heil- und Pflegeanstalten vom 1. März 1902 (G.- u. V.-Bl. S. 37), des Regulativs für die Anstalt Waldheim vom 10. März 1905 (G.- u. V.-Bl. S. 25) und der vorläufigen Ordnung der Anstalt Dösen vom 23. Dezember 1912 (Dresdner Journal Nr. 303) tritt für sämtliche Landes-Heil- und Pflegeanstalten die angefügte Anstaltsordnung in Kraft.

Die in § 16 dieser Ordnung erfolgte Neuregelung des Erbrechts gilt jedoch nur für die nach dem 1. Oktober 1913 aufzunehmenden Kranken; für die anderen Kranken behalten insoweit die bisherigen Vorschriften Geltung.

§ 3. Die Aufnahme von Geisteskranken und Epileptischen, die sich ihres Vorlebens halber, insbesondere wegen ihres verbrecherischen Charakters oder schwer unsozialen Verhaltens, zur gemeinsamen Verpflegung mit unbescholtenen Kranken nicht eignen, ist, soweit es sich um besonders gefährliche männliche Kranke und um weibliche Kranke handelt, in Waldheim, im übrigen in Colditz zu beantragen.

Die Unterbringung eines nicht erwachsenen Geisteskranken ist, wenn sich der Kranke im Regierungsbezirke Leipzig befindet, bei der Anstalt Dösen, sonst beim Ministerium des Innern zu beantragen. Die Verordnung vom 5. September 1911 (Dresdner Journal Nr. 224) wird insoweit aufgehoben.[3])

Die Aufnahme von Epileptischen ist, soweit sie nicht unter Absatz 1 fallen, in Hochweitzschen zu beantragen.

In allen anderen Fällen ist die Aufnahme bei der Anstalt zu beantragen, in die nach der im Dresdner Journal zu veröffentlichenden Bezirkseinteilung der Kranke einzuliefern ist. Hat der Kranke seinen gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb Sachsens, so ist der Antrag beim Ministerium des Innern zu stellen.

In Zweifelsfällen bestimmt das Ministerium des Innern die Aufnahmeanstalt. Versetzungen sind aus allgemeinen oder sonstigen Verwaltungsrücksichten jederzeit zulässig.

§ 4. Mit der Aufnahme des Kranken sind alle Beteiligten, insbesondere die Zahlungspflichtigen, den Bestimmungen der Anstaltsordnung unterworfen.

Jede Änderung der für die Anstalten maßgebenden Vorschriften gilt, soweit nicht etwas anderes bestimmt wird, auch für die laufenden Verpflegfälle.

§ 5. Die Kosten der Verpflegung in einer Landes-

[2]) Abdruck aus Gesetz- und Verordnungsblatt für das Königreich Sachsen. 15. Stück vom Jahre 1913. Seite 383.

[3]) Für alle schwachsinnigen Kinder sind die Aufnahmeanträge nach wie vor an die Anstaltsdirektion Chemnitz zu richten (zu vergl. Regulativ II vom 16. November 1902, G.- u. V.-Bl. S. 432, und Verordnung vom 5. September 1911, Dresdner Journal Nr. 224).

Heil- und Pflegeanstalt gelten im Sinne der Vorschrift des § 5 Absatz 3 der Verordnung vom 15. Juni 1876 (G.- u. V.-Bl. S. 268) als außerordentlicher Aufwand für Fälle besonders schwerer Krankheit. Steht deshalb einem sächsischen Ortsarmenverbande gegen einen anderen sächsischen Armenverband wegen der Verpflegkosten eines in einer solchen Anstalt untergebrachten Kranken ein Erstattungsanspruch zu, so ist er berechtigt, die volle Erstattung des Verpflegsatzes zu verlangen. Entsprechendes gilt, wenn der Staat erstattungspflichtig ist (§§ 33, 60 des Unterstützungswohnsitzgesetzes).

Zahlt ein Kranker, der seinen Unterstützungswohnsitz außerhalb Sachsens hat, weniger als den vorgeschriebenen Selbstzahlersatz, so hat der zuständige Ortsarmenverband auf Verlangen der Anstalt das Übernahmeverfahren einzuleiten. Der Ortsarmenverband haftet für den Schaden, der durch eine von ihm verschuldete Verzögerung des Übernahmeverfahrens erwächst.

Die Vorschriften des zweiten Absatzes gelten auch, wenn ein anderer Bundesstaat zur Erstattung der Kosten verpflichtet ist (§§ 33 des Unterstützungswohnsitzgesetzes).

§ 6. Das Ministerium des Innern ist befugt, von den Vorschriften der Anstaltsordnung Ausnahmen zu verfügen.

§ 7. Gegen die Entschließungen der Anstaltsdirektion steht den Beteiligten außer den gesetzlichen Rechtsmitteln die Beschwerde an das Ministerium des Innern zu.

§ 8. Diese Verordnung tritt mit dem 1. Oktober 1913 in Kraft.

Dresden, am 12. September 1913.

Ministerium des Innern.
Graf Vitzthum v. Eckstädt.

Dilßner.

Ordnung für die Landes-Heil- und Pflegeanstalten.

Bestimmung der Anstalten.

§ 1. Die Heil- und Pflegeanstalten sind bestimmt a) zur Behandlung und Pflege von Geisteskranken und Epileptischen, b) zur Beobachtung von Personen, die auf ihren Geisteszustand untersucht werden sollen.

Aufnahme.

§ 2. Den Aufnahmeantrag hat in der Regel die Gemeindebehörde des Ortes, an dem der Kranke seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat, unter Verwendung des vorgeschriebenen Vordrucks bei der Anstaltsdirektion einzureichen. Dem Antrage sind die Akten der Behörde beizufügen.

Bei Selbstzahlern darf ausnahmsweise von der Vermittelung der Gemeindebehörde und dem förmlichen Antrage abgesehen werden.

§ 3. Dem Antrage sind folgende Unterlagen beizufügen:

a) ein ärztliches Zeugnis,

b) eine Verbindlichkeitserklärung,

c) die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters, wenn ein solcher vorhanden ist.

Bei der Zuführung ist noch eine Bescheinigung des Arztes oder der Gemeindebehörde darüber beizubringen, ob und wann der Kranke in der letzten Zeit mit ansteckenden Kranken in Berührung gekommen ist und ob er selber an einer ansteckenden Krankheit leidet.

Zu den Unterlagen a und b sind die vorgeschriebenen Vordrucke zu verwenden.

In dringlichen Fällen darf die Anstaltsdirektion die Nachbringung des förmlichen Antrages, der Akten und einzelner, nicht sofort zu beschaffender Unterlagen genehmigen. Dies hat besonders dann zu geschehen, wenn der Kranke gefährlich ist oder nur schwer anderweit untergebracht werden kann.

Ob noch andere Unterlagen beizubringen oder nachzubringen sind, bestimmt die Anstaltsdirektion. Insbesondere hat sie das Recht, die Aufnahme des Kranken oder seinen weiteren Verbleib in der Anstalt in den Fällen, wo er noch keinen gesetzlichen Vertreter hat, von der Zustimmung eines solchen abhängig zu machen.

Wird die Wiederaufnahme eines Kranken beantragt, so sind die Unterlagen nur insoweit zu erneuern, als sich die einschlagenden Verhältnisse geändert haben. Die Verbindlichkeitserklärung und die Bescheinigung wegen der ansteckenden Krankheiten sind stets zu erneuern; auch ist jedesmal ein kurzes ärztliches Zeugnis beizubringen, welches die seit der Entlassung beobachteten Krankheitserscheinungen beschreibt und die Notwendigkeit der Anstaltsbehandlung bescheinigt.

Werden Unterlagen trotz der Aufforderung der Anstaltsdirektion nicht rechtzeitig eingereicht, so darf diese für jede Erinnerung eine Gebühr bis zu 5 M erheben.

§ 4. Über die Aufnahme beschließt die Anstaltsdirektion. Ohne deren Genehmigung darf die Zuführung nicht erfolgen.

Jede Aufnahmegenehmigung gilt zwei Wochen; nach Ablauf dieser Frist muß sie erneuert werden, wofür eine Gebühr bis zu 5 M erhoben werden darf.

Zuführung.

§ 5. Aufnahmen erfolgen, von dringlichen Fällen abgesehen, nur an Werktagen in der Zeit von morgens 8 Uhr bis abends 6 Uhr, an Sonnabenden und Wochentagen vor Feiertagen nur vormittags.

Die Begleiter der Kranken sollen weder Waffen noch Uniform tragen. Weiblichen Kranken ist möglichst eine weibliche Begleitperson beizugeben.

§ 6. Die Kranken haben mindestens folgendes mitzubringen:

a) Männer: 4 Hemden, 3 Unterhosen, 6 Paar baumwollene Strümpfe, 6 Taschentücher, 2 Kopfbedeckungen, 2 Anzüge (Rock, Weste, Hose), 1 Paar Hosenträger, 2 Paar Stiefeln, 1 Paar Tuch- oder Lederhausschuhe; Kragen und sonstige Wäsche, Unterjacken, Halstücher, Krawatten je nach Gewohnheit des Kranken;

b) Frauen: 4 Hemden, 3 Beinkleider, 6 Paar baumwollene Strümpfe, 3 Nachtjacken, 6 Taschentücher, 2 Kopfbedeckungen, 2 Kattunjacken, 2 Barchentjacken, 2 Kleider, 2 Kleiderröcke, 2 Unterröcke, 4 gewöhnliche

Schürzen, 2 Zeugschürzen, 1 Korsett oder Leibchen, 2 Paar Lederschuhe, 1 Paar Tuch- oder Lederhausschuhe; Kragen, Rüschen, Krawatten je nach Gewohnheit der Kranken;
außerdem nach Befinden für die kältere Jahreszeit:

a) Männer: 6 Paar wollene Strümpfe, 1 Winterüberrock, 1 Paar Handschuhe.

b) Frauen: 6 Paar wollene Strümpfe, 1 Wintermantel oder 1 Winterstoffjacke, 1 Paar Handschuhe, 1 wollenen Unterrock.

Ungenügende, nicht passende oder fehlende Gegenstände ersetzt die Anstalt auf Kosten der Zahlungspflichtigen.

§ 7. Die Kranken und ihre Ausstattung müssen reinlich eintreffen, sonst wird eine angemessene Reinigungsgebühr erhoben.

Über mitgebrachte Sachen und Gelder sind doppelte Lieferscheine vorzulegen. Das Fehlende wird bei der Anstalt gegen eine angemessene Schreibgebühr ergänzt.

Verpflegkosten.

§ 8. Es besteht eine untere und eine obere Verpflegklasse; die Anstalten Großschweidnitz, Hochweitzschen, Sonnenstein, Untergöltzsch und Zschadraß haben außerdem Abteilungen für Pensionäre.

Der gewöhnliche Verpflegsatz beträgt täglich 2,50 M in der unteren Klasse, 4 M in der oberen Klasse.

Der Verpflegsatz für Nichtsachsen beträgt 3,50 M in der unteren Klasse, 6 M in der oberen Klasse.

Der Verpflegsatz für die sächsischen Ortsarmenverbände, denen die Unterstützung eines Kranken vorläufig oder endgültig obliegt, und für die sächsischen Gemeinden beträgt 1,25 M in der unteren Klasse.

Wird der Kranke auf besonderen Antrag in einer anderen als der zuständigen oder vom Ministerium des Innern sonst bestimmten Anstalt untergebracht, so sind täglich 0,50 M in der unteren und 1 M in der oberen Klasse mehr zu zahlen.

Werden in der oberen Klasse in bezug auf Wohnung, Kost, Bedienung und Pflege besondere Ansprüche erhoben, so wird der Verpflegsatz nach Vereinbarung angemessen erhöht.

Für Pensionäre wird der Verpflegsatz in jedem einzelnen Falle besonders vereinbart.

Das Verpfleggeld ist mangels einer ausdrücklichen Befreiung vom Tage der Aufnahme bis einschließlich des Entlassungstages voll zu entrichten.

§ 9. Das Verpfleggeld ist für das laufende Vierteljahr sofort bei der Aufnahme, dann vierteljährlich im voraus zu zahlen.

Verpfleggeld, das öffentliche Kassen zu entrichten haben, muß in der Regel auf die Zeit vom 1. Januar bis zum 30. Juni in der zweiten Hälfte des April, auf die Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember in der zweiten Hälfte des Oktober gezahlt werden.

Für Mahnungen darf eine Gebühr bis zu 0,50 M erhoben werden.

§ 10. Für das Verpfleggeld gewährt die Anstalt in allen Klassen Wohnung nebst Heizung und Beleuchtung, volle Kost, ärztliche Behandlung und Arznei vorbehältlich der Bestimmung in § 11 Absatz 2, Tisch- und Bettwäsche, bei Kindern auch Unterricht, in der unteren Klasse überdies Reinigung, Instandhaltung und Erneuerung der Kleidung und Leibwäsche.

In der oberen Klasse und in der Pensionsabteilung geschieht die Reinigung, Instandhaltung und Erneuerung der Kleidung und Leibwäsche auf Kosten der Zahlungspflichtigen.

Zur Deckung dieses Aufwandes ist deshalb ein mit dem Verpfleggelde zu entrichtendes Berechnungsgeld zu zahlen, das im Regelfalle jährlich mindestens 150 M in der oberen Klasse und 240 M in der Pensionsabteilung beträgt und gleichzeitig zur Bestreitung besonderer Annehmlichkeiten dient.

Von dem Berechnungsgelde wird alljährlich ein angemessener Beitrag zur allgemeinen Verpflegtenkasse erhoben, die besondere gemeinsame Annehmlichkeiten und Vergnügungen bestreitet.

§ 11. Im Falle der Selbstzahlung sind, wenn nicht andere Personen freiwillig eintreten, die Anstaltskosten von dem Kranken und, soweit dessen Mittel nicht ausreichen, von denen zu entrichten, die nach den Vorschriften des Bürgerlichen Rechts unterhaltungspflichtig sind. Bis zur Beibringung eines anderen Zahlers ist zunächst der Armenverband oder die Gemeinde, welche die Aufnahme herbeigeführt oder die Zahlungsverbindlichkeit übernommen hat, sodann derjenige Armenverband zahlungspflichtig, der nach den armenrechtlichen Vorschriften für den Kranken zu sorgen hat (zu vergl. § 1 des Gesetzes vom 12. November 1912).

Abgesehen von dem Verpfleggelde und den festgesetzten Gebühren erstreckt sich die Zahlungspflicht auch auf den sonstigen besonderen Aufwand, den der Kranke verursacht. Hierzu gehört insbesondere spezialistische Behandlung durch Ärzte, die nicht zur Anstalt gehören, der Aufwand für besonders kostspielige Arzneien und Kräftigungsmittel sowie der Ersatz von Sachschäden, die der Kranke verursacht.

Die Verbindlichkeitserklärung hat der jeweilig Zahlungspflichtige abzugeben. Steht zu erwarten, daß ein Selbstzahler in absehbarer Zeit zahlungsunfähig wird, so hat auch der Armenverband, aus dessen Bezirke die Aufnahme erfolgt ist, oder die Gemeinde, welche die Aufnahme herbeigeführt hat, eine Verbindlichkeitserklärung abzugeben.

Die Ansprüche der Anstalt, insbesondere auch der Nachzahlungsanspruch (§ 12), gehen den Ansprüchen der Armenverbände und Gemeinden vor (zu vergl. § 66 der Armenordnung).

§ 12. Ermäßigungen darf nur das Ministerium des Innern bewilligen, sie sind jederzeit widerruflich.

Die Nachforderung bleibt vorbehalten, sofern nicht ausdrücklich darauf verzichtet worden ist. Sie wird erst fällig, wenn die Tatsachen, auf die sich die Nachforderung gründet, zur Kenntnis der Anstalt gelangen. Ein Nachzahlungsanspruch derselben Art besteht auch insoweit, als der Beitrag eines Ortsarmenverbandes oder einer Gemeinde den vollen Verpflegsatz nicht deckt.

Ermäßigungsgesuche von Ortsarmenverbänden und Gemeinden sind durch die Kreishauptmannschaft einzu-

berichten, von anderer Seite bei der Anstalt anzubringen.

Verkehr der Kranken.

§ 13. Der persönliche und briefliche Verkehr des Kranken unterliegt der Aufsicht der Anstaltsdirektion; sie hat auch zu bestimmen, ob und wie lange dem Kranken Besuch nach auswärts zu gestatten ist.

Die Kranken dürfen aus Rücksichten der Heilbehandlung oder Pflege nach ärztlichem Ermessen beschäftigt oder in Familienpflege gegeben werden. Auch im letzteren Falle gehören sie weiter zum Bestande der Anstalt.

Entlassung.

§ 14. Die Anstaltsdirektion hat die Entlassung eines Kranken zu verfügen,

a) sobald der Kranke geheilt ist,

b) wenn die Entlassung von zuständiger Seite beantragt wird und unbedenklich erscheint.

Hat der Kranke einen gesetzlichen Vertreter, so ist dieser vor der Entlassung zu hören.

Handelt es sich um einen Kranken, der noch nicht genesen ist und früher sich oder anderen gefährlich oder für die öffentliche Ordnung störend war, so ist unter Hinweis auf den Krankheitsverlauf auch die Polizeibehörde des künftigen Aufenthaltsorts zu hören.

In Zweifelsfällen ist die Entschließung des Ministeriums des Innern einzuholen.

Soweit nötig, stattet die Anstalt den Kranken auf Kosten des Zahlungspflichtigen aus.

Todesfall.

§ 15. Vom Tode eines Kranken sind die Angehörigen sofort zu benachrichtigen.

Die Leiche ist in der Regel zu besichtigen und zu öffnen.

Bei der Beerdigung sind Wünsche der Angehörigen tunlichst zu berücksichtigen.

Die Beerdigungskosten hat der Zahlungspflichtige zu tragen.

Erbrecht.

§ 16. Das in §§ 42 und 44 des Gesetzes vom 18. Juni 1898 (G.- u. V.-Bl. S. 191) verordnete Erbrecht der Anstalt bezieht sich nur auf solche in der Anstalt verstorbene Kranke, die ununterbrochen achtzehn Monate in Landesirrenanstalten gewesen sind, und ist nur dann geltend zu machen, wenn der Kranke nicht den vollen Verpflegsatz entrichtet hat. Auch in diesen Fällen kann auf das Erbrecht im voraus verzichtet werden.

Bei Pensionären besteht niemals ein Erbanspruch des Staates.

Die von den Kranken in die Anstalt mitgebrachten Sachen dürfen auf Wunsch der Erben oder Angehörigen unentgeltlich ausgehändigt werden; geschieht das nicht, so fallen sie der Anstalt zu.

Dresden, am 12. September 1913.

Ministerium des Innern.
Graf Vitzthum v. Eckstädt

Dilßner.

Mitteilungen.

— Das Deutsche Reich hat mit der Kgl. Großbritannischen Regierung vereinbart, daß bei der **Übernahme von Geisteskranken zwischen Deutschland einerseits und Großbritannien und Irland andererseits** nunmehr nach folgenden Grundsätzen verfahren wird: „Geisteskranke, die einem der beiden Teile noch angehören und der öffentlichen Armenpflege in dem Gebiete des anderen Teiles zur Last fallen, sind auf Verlangen dieses Teiles wieder in ihr Heimatland zu übernehmen, sofern sie sich seit ihrer letzten Ankunft in dem anderen Lande daselbst noch nicht länger als vierzehn Monate aufgehalten haben. Diese Frist wird von dem Tage an zurückgerechnet, an dem der Übernahmeantrag bei der Regierung des Heimatstaats eingeht. Die Heimschaffung des Geisteskranken soll erst erfolgen, nachdem der übernehmende Teil seine Zustimmung dazu erklärt und den Übernahmeort bezeichnet hat. Wird von einem der beiden Teile die Übernahme von Personen gewünscht, bei denen die obenbezeichneten Voraussetzungen nicht zutreffen, so soll die Frage der Übernahme von Fall zu Fall zum Gegenstand besonderer Verhandlungen gemacht werden.

— **Grundkauf für eine neue Irrenanstalt in Lichtenstadt bei Karlsbad.** Die Landesverwaltungskommission für das Königreich Böhmen hat in ihrer am 22. Oktober l. Js. stattgehabten Sitzung über Antrag des Hofrates Stitzenberger beschlossen, die im Kataster der Stadtgemeinde angebotenen Grundstücke zur Errichtung einer neuen Landesirrenanstalt anzukaufen und die budgetären Maßnahmen zu treffen. Hofrat Stitzenberger begründete seinen Antrag damit, daß der in den bestehenden Landesanstalten für Geisteskranke herrschende Platzmangel in letzter Zeit so fühlbar geworden sei, daß eine möglichst rasche Abhilfe unumgänglich notwendig erscheint. Aus diesem Grunde sieht sich die Landesverwaltungskommission, gestützt auf verschiedene Landtagsbeschlüsse sowie auf die vom Landesausschusse vollzogenen Vorbereitungsarbeiten gezwungen, vorläufig wenigstens zum Ankauf von Grundstücken für eine im nördlichen oder im nordwestlichen Teile von Böhmen zu errichtende Landesanstalt für Geisteskranke zu schreiten. Dieser Beschluß der Verwaltungskommission hat die Frage des Standortes einer Irrenanstalt in Deutsch-Böhmen, deren Notwendigkeit durch Landtagsbeschluß anerkannt war, zugunsten von Lichtenstadt entschieden. (Zeitschr. f. Kranken- u. Humanitätsanstalten 1913 Nr. 21.)

Referate.

— **Lehrbuch der forensischen Psychiatrie.** Von Prof. Dr. A. Hübner, Oberarzt der psychiatrischen und Nervenklinik in Bonn. 1066 Seiten. Bonn 1914. A. Marcus & E. Webers Verlag.

Während in bisherigen Lehrbüchern der gerichtlichen Psychiatrie wesentlich nur bestimmte Rechtsgebiete, hauptsächlich Strafrecht und bürgerliches Recht berücksichtigt worden sind, werden in diesem soeben erschienenen Werke außerdem auch Ehe- und Testamentsrecht, Geschäftsfähigkeit, preußisches und deutsches Disziplinarrecht, Beamten-Pensions- und Unfallfürsorgegesetzgebung, Militärstrafrecht, Gewerbeordnung, Reichsversicherungsordnung, internationales Straf- und Privatrecht und österreichische Gesetze, soweit sie Beziehung zur gerichtlichen Psychiatrie haben, behandelt. Die Lage der Rechtsprechung wird durch zahlreiche wörtlich und ausführlich wiedergegebene Entscheidungen gekennzeichnet. Auch auf die zukünftige Gesetzgebung und die Strafgesetzentwürfe ist Verf. eingegangen, so namentlich hinsichtlich der geistig Minderwertigen und ihrer strafrechtlichen Behandlung; die finanziellen und verwaltungstechnischen Schwierigkeiten bei ihrer Durchführung werden erörtert.

Zahlreiche instruktive Beispiele aus der gerichtlich-psychiatrischen Praxis, teils in kurzer Fassung, teils in ausführlicher Wiedergabe, sind namentlich dem Kapitel: Spezielle Psychiatrie (Seite 604 bis 1039) eingefügt.

Sehr zweckmäßig ist — besonders für den Juristen — die 75 Seiten umfassende Einführung über Psychologie und allgemeine Symptomatologie.

Die den einzelnen Abschnitten angefügten Literaturverzeichnisse sind außerordentlich reichhaltig, jedenfalls den allerweitgehendsten Ansprüchen und Bedürfnissen gerecht werdend.

Hübners Werk trägt den Stempel größten Fleißes und peinlichster Sorgfalt. Es verdient, als das beste unter den neuesten Lehrbüchern der gerichtlichen Psychiatrie bezeichnet zu werden, und wird es voraussichtlich lange bleiben. Im Hinblick auf den großen Umfang und die Ausführlichkeit dürfte es mehr unter die Handbücher als unter die Lehrbücher zu zählen sein.

Bresler.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Bedburg,** Kr. Cleve. Dr. Weingärtner ist durch Beschluß des Prov. Ausschusses vom 22. Oktober 1913, vom 1. Oktober ab zum Oberarzt ernannt und am 1. November von der Heil- und Pflege-Anstalt Düren, wo er bisher als Anstaltsarzt tätig war, an hiesige Anstalt als Oberarzt versetzt worden.

— **Rostock.** Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schuchardt, Direktor der psychiatrischen Klinik, ist am 7. November, 66 Jahre alt, gestorben.

Zum 1. Januar 1914 ist die neu geschaffene Stelle eines

Abteilungsarztes

am **Großh. Carl-Friedrich-Hospital** (Landesirrenanstalt) zu **Blankenhain** bei Weimar zu besetzen. Das Gehalt beträgt 3000 M. und 400 M. Wohnungsentschädigung. Bewerber, die eine mehrjährige psychiatrische Tätigkeit nachweisen können, wollen ihre Meldung unter Beifügung von Lebenslauf und Zeugnissen an die Direktion einsenden.

Zum 1. Juli 1914 ist die durch Versetzung des bisherigen Inhabers

freiwerdende Direktorstelle

an der im Jahre 1905 eröffneten Provinzialheilanstalt zu Warstein anderweitig zu besetzen. Die Anstalt dient zur Aufnahme von rd. 1400 Geisteskranken vorwiegend katholischer Konfession.

Das Diensteinkommen beträgt neben freier Wohnung mit Heizung, Beleuchtung und Garten 6300 bis 9300 M, steigend in 12 Jahren.

Ärzte, welche in der Irrenfürsorge und im Verwaltungsdienste größerer Heilanstalten erfahren sind, wollen mir ihre Gesuche mit Zeugnissen und Lebenslauf bis zum 10. Januar 1914 einreichen. Persönliche Vorstellung einstweilen nicht erwünscht.

Münster i. W., den 11. November 1913.

Der Landeshauptmann.

— **Österreich.** Der n.-ö. Landesausschuß hat den Sekundararzt der n.-ö. Landesanstalten „Am Steinhof" Dr. Josef Gasser zum ordinierenden Arzt in der VII. Rangsklasse befördert.

Der Tiroler Landesausschuß hat die Direktoren der Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke in Hall und Pergine Dr. Johann Wassermann und Dr. Pius Dejaco in die VI. und die ersten Oberärzte dieser Anstalten Dr. Georg Eisath und Dr. Darius Baroni in die VII. Rangklasse befördert.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 35. 29. November **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes. Von Geh. Sanitätsrat Professor Dr. Jos. Peretti in Düsseldorf-Grafenberg. (S. 425.) — Mitteilungen (S. 431): Einweihung einer Idiotenanstalt. Die Besitzverhältnisse der Irrenanstalten Preußens im Jahre 1911. Aufnahme von Gemütsleidenden und Geisteskranken in ein allgemeines Krankenhaus zur Beobachtung. 31. Deutscher Kongreß für innere Medizin. — Referate. (S. 432.) — Anhang: Die für den praktischen und Anstaltsarzt zur Syphilisdiagnose verwendbaren Serum- und Kutanreaktionen. Von Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben. (S. 433.)

Die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes.

Von Geh. Sanitätsrat Prof. Dr. **Jos. Peretti,** in Düsseldorf-Grafenberg.

Das Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz vom 6. Juni 1870 bezw. 12. März 1894 bestimmt in § 12 bezüglich des Erwerbes des Unterstützungswohnsitzes durch Aufenthalt: „Wird der Aufenthalt unter Umständen begonnen, durch welche die Annahme der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes ausgeschlossen wird, so beginnt der Lauf der einjährigen Frist erst mit dem Tage, an welchem diese Umstände aufgehört haben. Treten solche Umstände erst nach Beginn des Aufenthaltes ein, so ruht während ihrer Dauer der Lauf der einjährigen Frist." Über den Verlust des Unterstützungswohnsitzes bestimmt dementsprechend § 24: „Ist die Abwesenheit durch Umstände veranlaßt, durch welche die Annahme der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes ausgeschlossen wird, so beginnt der Lauf der einjährigen Frist erst mit dem Tage, an welchem diese Umstände aufgehört haben. Treten solche Umstände erst nach dem Beginn der Abwesenheit ein, so ruht während ihrer Dauer der Lauf der einjährigen Frist." Und gemäß § 11 wird durch den Eintritt in eine Kranken-, Bewahr- oder Heilanstalt jedoch der Aufenthalt nicht begonnen.

Diese Bestimmungen interessieren den Psychiater, weil der Ausschluß der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes durch Geistesstörung verursacht sein kann. In dem Kommentar von Arnold[1]) wird ausgeführt, daß als im Sinne dieses Gesetzes der freien Selbstbestimmung entbehrend anzusehen sind: Die wegen krankhafter Störung ihrer Geistestätigkeit unter Vormundschaft gestellten, sowie die aus diesem Grunde zwar noch nicht bevormundeten, aber mit derartigen krankhaften Störungen auf Grund ärztlichen Gutachtens als behaftet anzusehenden Personen. (Außerdem noch die in Haft befindlichen Personen, beim Militär dienende Personen, und solche kranke oder sonst fremder Hilfe bedürftige Personen, welche, wenn auch bei sonst voller Willensfähigkeit wider ihren Wunsch an einem andern Ort in eine Kranken- oder Pflege- usw. Anstalt oder außerhalb einer solchen untergebracht werden.)

Wohlers und Krech[2]) sagen in ihrem Kommentar: „Desgleichen bleibt außer Betracht die Zeit, während welcher jemand, auch ohne detiniert oder interdiziert zu sein, der freien Selbstbestimmung durch Geisteskrankheit beraubt, also nicht in der Lage war, einen Aufenthalt frei zu wählen, auch dann, wenn der in Geisteskrankheit Verfallene bei seinem Anzuge noch gesunden Geistes gewesen war."

In der psychiatrischen Literatur findet sich nun über die Frage der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes sehr wenig. Näcke[3]) hatte 1900 einen Fall mitgeteilt, von dem er annahm, daß er wahrscheinlich die erste Veröffentlichung über dieses Thema darstelle, wenn auch wohl schon hier und da einmal ein psychia-

[1]) Arnoldt, Die Freizügigkeit und der Unterstützungswohnsitz. Berlin 1872, S. 196.

[2]) Wohlers und Krech, Das Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz. 12. Aufl. Berlin 1910, S. 25.

[3]) Psychiatrische Wochenschrift 1900 Bd. II Nr. 40 S. 381.

trisches Gutachten in der Unterstützungswohnsitz-Frage ausgestellt worden sei. Es handelte sich um einen Paranoiker, der seine Wohnungen und Stellungen deshalb wechselte, weil er sich überall von einer Kartenschlägerin verfolgt glaubte. Auch Ernst Schultze[4]) nimmt an, daß der Sachverständige nur selten die Frage nach dem Vorliegen der freien Selbstbestimmung zu beantworten habe; er kennt aus seiner eigenen Erfahrung nur einen einzigen Fall, wo das betreffende Individuum unter dem Einfluß von Ideen des Verfolgtwerdens durch Verwandte von seinem bisherigen Wohnorte weggezogen war.

Vor kurzem hat Schott[5]) einen anders liegenden Fall veröffentlicht, bei dessen Begutachtung er zu dem Schlusse gelangte, daß bei dem 18 jährigen an angeborenem Schwachsinn leidenden Menschen die geistige Schwäche und die sittliche Mangelhaftigkeit so hochgradig seien, daß von einer freien Willensbestimmung des Kranken keine Rede sein könne, und daß er nicht in der Lage sei, außerhalb der Anstalt sich ohne Störung der Rechtssicherheit und des Gemeinwohls zu halten und durchzubringen, also anstaltsbedürftig sei. Gleichwohl vermochte Schott nach dem Studium der Kommentare und der Entscheidungen der Verwaltungsbehörden nicht die Fähigkeit des Begutachteten, seinen Aufenthaltsort selbst zu bestimmen (im Sinne des Unterstütz.-Wohns.-Ges.) zu bestreiten.

Die Seltenheit der Veröffentlichungen — außer diesen drei habe ich keine finden können — beweist natürlich nicht die Seltenheit der Begutachtung solcher Fälle. Jede Anstalt mit größerer Krankenzahl und regem Wechsel bekommt Anfragen über den Geisteszustand von Kranken zur Zeit eines früheren Aufenthaltswechsels. Meist sind diese Anfragen leicht und kurz zu beantworten und bedürfen keiner ausführlichen Begutachtung. So z. B. wurde vor Kurzem eine gutachtliche Äußerung von der hiesigen Anstalt verlangt, weil sich eine Ortskrankenkasse mit einem Ortsarmenverband darüber stritt, ob ein melancholisches Mädchen, das einige Tage nach dem Verlassen eines Dienstes an einem anderen Orte einen Selbstmordversuch machte, beim Weggange von dem Orte seines Dienstes schon krank gewesen sei. Die Ortskrankenkasse lehnte die Krankenfürsorge ab in der Annahme, das Mädchen habe sich die Krankheit vorsätzlich durch den Selbstmordversuch zugezogen, und führte weiter aus: „Wenn die Voraussetzung, daß die W. beim Verlassen ihres Dienstes schon krank gewesen ist, zutrifft, so wäre hierauf zu bemerken, daß ihr die Krankenfürsorge, insbesondere ärztliche Hilfe, ganz zur Verfügung gestanden hat. Dieses Verhältnis änderte sich allerdings in dem Augenblick, als sie den Kassenbezirk verließ, angeblich in der Absicht, Selbstmord zu begehen." Der Ortsarmenverband war dagegen der Ansicht, daß die W. schon beim Verlassen des Dienstes so geistesgestört gewesen sei, daß bei ihr der Mangel der freien Selbstbestimmung bei der Wahl ihres Aufenthaltsortes bestanden habe und der Selbstmordversuch lediglich eine Folgeerscheinung ihrer Geisteskrankheit gewesen sei. Letztere Auffassung mußte in dem Gutachten als die richtige bestätigt werden, da das Mädchen schon längere Zeit vor dem Selbstmordversuch an Depression gelitten und den Dienst mit Selbstmordabsichten verlassen hatte.

Aber außer den einfachen, kurz zu erledigenden Fällen kommen auch gar nicht so selten schwierigere zur eingehenden Begutachtung. Hatte doch allein im Jahre 1912 der Rheinische Landarmenverband sich mit nicht weniger als 16 Verwaltungsstreitsachen betreffend die Frage des Ausschlusses der freien Selbstbestimmung bei Geisteskranken zu befassen.

Im folgenden möchte ich als Ergänzung der spärlichen Veröffentlichungen in der psychiatrischen Literatur über einige einschlägige Fälle, die ich im letzten Jahre zu begutachten hatte, berichten.

Fall 1.

Aus den Akten ist als wesentlich anzuführen: Die am 30. November 1884 geborene Marie S., deren Vater verschollen, und deren Mutter in einer Irrenanstalt untergebracht ist, wurde im Alter von 8 Jahren, 1892, in das Vincenzhaus in O. gebracht, wo sie die Schule besuchte und bis zum Jahre 1899 blieb. Ostern 1899 kam sie zu den Eheleuten B. in B. als Dienstmädchen, diese gaben an, sie hätten die Schwestern des Vincenzhauses wiederholt gebeten, das Mädchen zurückzunehmen, weil es zu beschränkt gewesen sei. Sie habe keinerlei Arbeit selbständig verrichten können, sondern zu allen Arbeiten angehalten und genau angewiesen werden müssen. Dabei sei sie sehr eigensinnig gewesen, eine Arbeit, die ihr nicht gepaßt, hätte sie eben nicht gemacht, sich lieber stumpfsinnig und regungslos in eine Ecke gestellt. Sie habe sich nie dahin geäußert, daß sie bleiben oder fortziehen wolle, nur wenn ihr mitgeteilt worden wäre, die Bemühungen, sie dem Vincenzhause zur ander-

[4]) Hoches Handbuch der gerichtl. Psychiatrie. II. Aufl. 1909, S. 243.

[5]) Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 1912 Bd. 69 S. 860.

weiten Unterbringung zu übergeben, seien erfolglos geblieben, so z. B. im Herbste 1906, hätte sie durch ihr Benehmen ihrer Freude darüber Ausdruck gegeben. Nach Ansicht der Eheleute B. hat die S. zweifellos während ihres ganzen Aufenthaltes bei ihnen der freien Selbstbestimmung bei der Wahl ihres Aufenthaltsortes entbehrt. Am 12. August 1910 ließen die Eheleute B. durch ihre Tochter die S. dem Vincenzhause wieder zuführen, wo sie bis jetzt geblieben ist.

Die Schwester Vorsteherin berichtet am 2. Januar 1912, sie hätte bis jetzt noch keine Herrschaft gefunden, die nochmals den Versuch mit dem Mädchen machen wolle. Im Hause mache sich die S. auch wenig nützlich, selbst die gröbsten Arbeiten, wie Treppen putzen usw., verrichte sie unordentlich und nachlässig, und ohne ständige Aufsicht mache sie überhaupt nichts. Dazu komme noch ihre Gereiztheit, ihr Störr- und Eigensinn, der meistens in Grobheit und Unbotmäßigkeit gegen die Autorität ausarte.

Nach dem Ergebnis meiner Untersuchung ist Maria S. ein für sein Alter sehr kleines, leidlich kräftig gebautes und gut genährtes Mädchen von gesunder Gesichtsfarbe, der Kopf ist rund und symmetrisch gebildet, die Ohrläppchen sind kaum andeutungsweise entwickelt, das Kinn ist breit, das Gesicht hat plumpe, wenig ausdrucksvolle Züge, die Zähne sind schlecht entwickelt und mangelhaft. Zeichen von Erkrankung innerer Organe sind nicht vorhanden. Die S. äußert keine Beschwerden, nur will sie zur Zeit der monatlichen Regel, die erst im 16. Lebensjahre aufgetreten sein und unregelmäßig wiederkehren soll, etwas Kopfschmerzen haben.

Während der längeren Unterredung mit mir benahm sie sich kindlich, räkelte sich, während sie anfangs ganz steif da saß, nachher auf dem Stuhle herum, machte dabei fast beständig Bewegungen mit den Händen, und lachte häufig ohne rechten Grund. Ihr Gesicht rötete sich im Laufe des Sprechens stark. Einfache Fragen faßte sie richtig auf, antwortete etwas abgebrochen, zwar sinngemäß, aber sehr ungeschickt im Ausdruck.

Über ihre persönlichen Verhältnisse konnte sie leidlich Auskunft geben: „sie sei am 30. November 1885 (nach den Akten 1884) in Steele geboren, ihr Vater heiße Carl, wo er sei, wisse sie nicht, ihre Mutter Maria, deren Familienname sie nicht wisse, befinde sich in einer Irrenanstalt, sie habe eine verheiratete Schwester mit Namen Elisabeth, den Namen ihres Mannes kenne sie nicht, sie sei ebenfalls in einer Irrenanstalt. Außerdem habe sie einen Bruder gehabt, der schon lange tot sei. Als kleines Kind mit 2 bis 3 Jahren sei sie ins Vincenzhaus gekommen. Im Dienst bei B. sei sie 10 Jahre gewesen, habe dort geputzt, gespült, den Kindern beim Anziehen etwas geholfen; Sachen eingekauft habe sie nicht. Das habe die Tochter besorgt. Sie habe 10 M monatlich bekommen und sei gern dort gewesen. Auf Befragen, warum sie denn dort fortgegangen sei, drückt sie sich wenig klar aus: „Man kann nicht immer auf einer Stelle bleiben." „In der letzten Zeit war ich nicht gern da, es gefiel mir nicht mehr da." „Die Herrschaft wollte mich schon länger gern fort haben, warum, ich weiß es nicht." „Ich habe nie gesagt, ich wollte gern weggehen." „Die Herrschaft war nicht zufrieden, daß ich so spät abends fertig wurde."

Die Frage, warum sie wieder ins Vincenzhaus gegangen sei, beantwortet sie: „Die Schwestern haben es mit der Herrschaft abgemacht, ich habe nichts gesagt, ich habe nicht verlangt, hierhinzukommen, ich wäre lieber irgendwo anders hingegangen", „hier verdient man durch Arbeit nichts", und die Frage, ob sie immer hier bleiben wolle, „ich wäre auch gern in einer Stelle, wie die andern Mädchen". Als nochmals die Frage an sie gerichtet wird, wo sie denn von B. hingegangen wäre, und wo sie denn jetzt etwa hinwolle, schweigt sie und, als weiter im Laufe der Unterredung gefragt wird, ob sie vorläufig im Vincenzhaus bleiben wolle, antwortet sie: „ich weiß nicht". Die Prüfung auf ihre Kenntnisse hat ein sehr mangelhaftes Resultat. Die S. schreibt wie ein Kind einfache Worte richtig, andere falsch, z. B. Miettag statt Mittag, für 1037 — „100037", mit Lesen einfacher Sätze kommt sie ziemlich flott zurecht, kann auch den Sinn leichter Sätze, wenn auch langsam und ungeschickt, leidlich gut wiedergeben. Der Versuch, sie in einer leichtverständlichen Erzählung einzelne ausgelassene Silben und Worte ergänzen zu lassen, mißglückte vollständig. Charakteristische Unterschiede zwischen Dingen, z. B. zwischen Tisch und Stuhl, Ochs und Pferd, Vogel und Schmetterling usw., kann sie nicht angeben, sondern beschränkt sich darauf, zu sagen: Der Tisch bezw. Pferd, Vogel sind größer. In Religion weiß sie etwas Bescheid, sie kennt die Bedeutung der großen Kirchenfeste und einige von den zehn Geboten, kann auch das Vaterunser flott hersagen. Daß das Jahr 12 Monate hat, weiß sie, nicht aber, wieviel Tage und Wochen es hat. Die Monate kann sie in der gewöhnlichen Reihe richtig, rückwärts nur unter mehrfachen Irrtümern aufzählen. Von Heimatskunde und Geschichte hat sie kaum eine Ahnung, von Städten kennt sie nur Düsseldorf, Coblenz, Essen, Oberhausen, von Flüssen Rhein und Ruhr; obgleich sie weiß, daß der

Kaiser Wilhelm heißt (sie meint allerdings: Wilhelm I) und in Berlin wohnt, nennt sie auf die Frage nach der Hauptstadt von Deutschland: „Cöln". Für sie sind Sachsen und Bayern Städte. Der Begriff des Staates und die Namen fremder Länder sind ihr unbekannt, ebenso die Vorstellung eines Gebirges. Von Rechenaufgaben konnte sie nur ganz einfache lösen und diese erst nach Besinnen; schon 6×8, 5 × 3, 14 + 26, 29 — 10, 18 : 3, rechnete sie falsch. Den Kaufpreis von Nahrungsmitteln kennt sie nicht.

Nach dem Begriff Dankbarkeit befragt, sagt sie: „wenn die Schwester mir etwas Gutes sagt, muß man es dankbar annehmen." Neid erklärt sie: „man darf nicht neidisch sein, wenn Andere etwas Besseres haben." Auf die Frage: was ist Lüge? erwidert sie „Sünde" und auf die Frage: was tut man denn, wenn man lügt?: „Das muß man beichten"; schließlich aber kann sie doch angeben, daß man beim Lügen etwas Verkehrtes sagt, und daß Irrtum ist, wenn man sich verspricht.

Gutachten.

Aus der Untersuchung geht mit Gewißheit hervor, daß Maria S. schwachsinnig ist. Ihre gesamten psychischen Fähigkeiten stehen ganz erheblich unter dem Maße, das man an eine normale Person ihres Alters zu stellen berechtigt ist. Ihre Schulkenntnisse entsprechen kaum dem eines 10 jährigen Mädchens, und die Langsamkeit, Unbeholfenheit und geringe Klarheit ihres Denkens weisen auf eine geringe Intelligenz hin. Damit steht auch in Einklang, daß die Eheleute B. und die Schwestern im St. Vincenzhause bekunden, sie könne nicht einmal gröbere Arbeiten selbständig verrichten. Wie es so häufig bei Schwachsinnigen gefunden wird, ist die S. nach der Schilderung störrisch, eigensinnig und reizbar. Ihre Stimmungslage bei meiner Untersuchung kann man nur mit der eines Kindes, das die Sache nicht ernst nimmt, vergleichen. Das Mädchen ist zweifellos in seiner ganzen geistigen Entwicklung zurückgeblieben, und dafür haben wir als Ursache, die erbliche Veranlagung (Geisteskrankheit der Mutter und Schwester). Darauf, daß wir es mit einer angeborenen Abnormität zu tun haben, weisen auch für die Degeneration sprechende, körperliche Erscheinungen hin: Die abnorme Körperkleinheit, das Fehlen der Ohrläppchen, die Mißbildung der Zähne und die plumpe Gesichtsbildung.

Die S. leidet an angeborenem Schwachsinn (Imbezillität) und es handelt sich nicht nur um eine geistige Beschränktheit.

Was nun die Frage nach der freien Selbstbestimmung bezüglich der Wahl ihres Aufenthaltsortes betrifft, so ist nach ihrem Verhalten und nach ihren Äußerungen mit Sicherheit anzunehmen, daß ihr die Willenskraft fehlt, sich für einen Aufenthaltsort selbständig zu entscheiden; sie ist zu den Eheleuten B. ohne ihr Zutun von den Schwestern gebracht worden, sie hat, wie sie angibt, trotzdem es ihr in der letzten Zeit nicht mehr im Dienst bei B. gefiel, davon nichts gesagt, und keinen Schritt getan um wegzukommen, schließlich wurde sie von dort in das St. Vincenzhaus zurückgeführt und jetzt möchte sie zwar gerne eine Stelle wie die andern Mädchen haben, wo die Arbeit bezahlt wird, aber sie *lebt* anscheinend zufrieden weiter bei den Schwestern und „weiß nicht", ob sie vorläufig dableiben will.

Nach dem Gesagten gebe ich mein Gutachten dahin ab, daß bei Maria S. infolge von angeborenem Schwachsinn, von Intelligenz- und Willensschwäche, nach Vollendung ihres 16. Lebensjahres dauernd die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes ausgeschlossen war und auch jetzt noch ausgeschlossen ist.

Auf eine bezügliche Frage des Bezirksausschusses fügte ich diesem Gutachten noch hinzu, daß die S. unfähig sei, sich selbst einen Dienst zu besorgen, und daß sie ebenso unfähig sei, sich allein ohne ganz genaue Direktive an einen außerhalb O. gelegenen ihr unbekannten Ort zu begeben und selbständig für ihre Übersiedelung an einen andern Ort zu sorgen. Das Bundesamt erkannte im Sinne meines Gutachtens.

Fall 2.

Nach Ausweis der Akten ist Max L. geboren am 30. Juni 1885 in D. ledig, katholisch, ohne Gewerbe seit 3. November 1910 in der Anstalt in N. untergebracht. Nach Angabe des Vaters, der Lehrer war, hat L. im 2. Lebensjahre Stickhusten mit Krampfanfällen überstanden, besuchte die Volksschule bis zum 14. Lebensjahre, brachte es aber nicht soweit, daß er bis 5 zählen kann. Bei der militärischen Musterung im Frühjahr 1905 wurde er wegen seiner Geistesgestörtheit sofort für untauglich erklärt. Zur hl. Kommunion wurde er nicht zugelassen. In die Anstalt wurde er gebracht, weil er in der letzten Zeit vielfach unruhig und erregt war und insbesondere seine Schwester bedrohte. Einige Zeugen geben an, L. sei zwar schwach begabt, etwas beschränkt, habe immer wenig Lust zur Arbeit gezeigt, vielmehr gemeint, die Arbeit sei nur für Dumme geschaffen, aber er hätte sehr gut einen seinen geistigen Fähigkeiten entsprechenden Beruf einschlagen können, wenn der Vater nur etwas für seine Ausbildung getan hätte, jedoch hätte dieser ihn zu Hause verbummeln lassen.

Von dem prakt. Arzte Dr. W. liegen 2 Atteste vor. Am 26. Mai 1911 attestiert er, L. „ist zwar Idiot, doch nicht in der Art, daß eine freie Willens-

Neuheiten

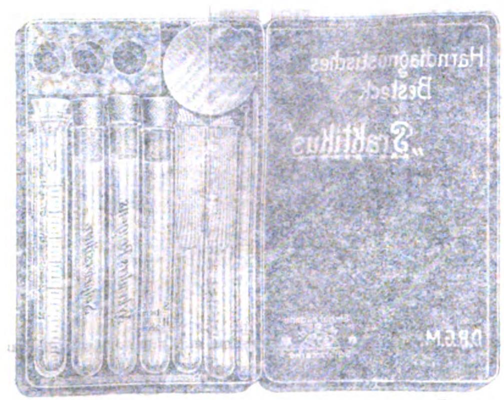
von

MEYER, PETRI & HOLLAND

THERMOMETER- UND GLASINSTRUMENTEN-FABRIK

JLMENAU i. THÜRINGEN

Prospekte bezw. Gebrauchsanweisungen werden auf Wunsch gratis abgegeben.
Verkauf nur an Wiederverkäufer und Apotheken.



Harndiagnostisches Besteck „Praktikus"

Neuheiten von

MEYER, PETRI & HOLLAND

THERMOMETER- UND GLASINSTRUMENTEN-FABRIK

JLMENAU I. THÜRINGEN

Prospekte bezw. Gebrauchsanweisungen werden auf Wunsch gratis abgegeben.
Verkauf nur an Wiederverkäufer und Apotheken.

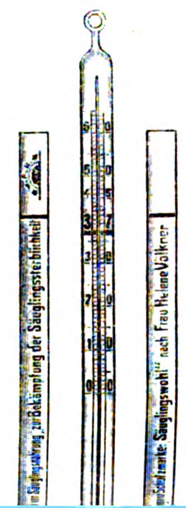




Harndiagnostisches Besteck „Praktikus"

Zur Eiweißuntersuchung, Zuckerbestimmung u. bakteriologischen Untersuchung etc. am Krankenbette.

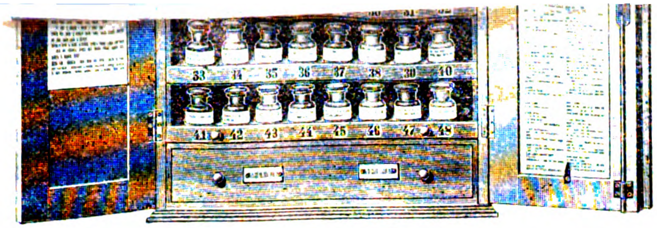






Rekord-Gärungs-Saccharometer nach Dr. Eickhoff.

AnGenauigkeit den Polarisationsapparaten gleichwertig.



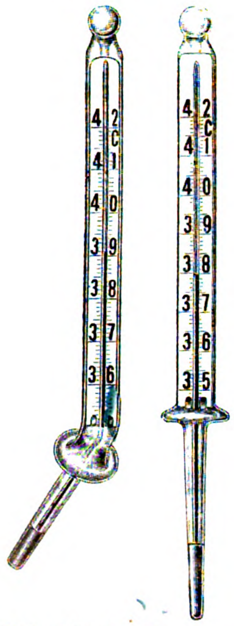
Erste Hilfe-Schrank „Cito"

bei plötzlichen internen Erkrankungen und akuten Vergiftungen. Besonders wichtig für den Landarzt.

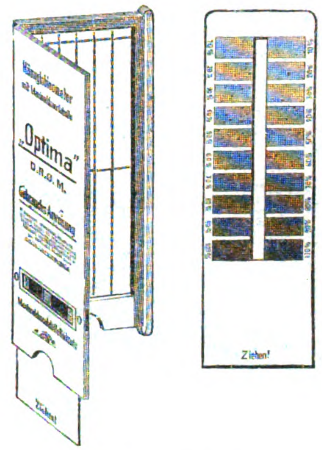


Thermometer „Säuglingswohl" nach Frau Helene Völckner

zum Messen von Säuglingsnahrung und zur **Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit.** Passend für jede Art von Milchflaschen. Temperatur außerhalb d. Flasche ablesbar.



Ärztliche Maxima-Thermometer „Certe" mit angeblasener Scheibe zur Begrenzung der Einführungsmöglichkeit in den menschlichen Körper.



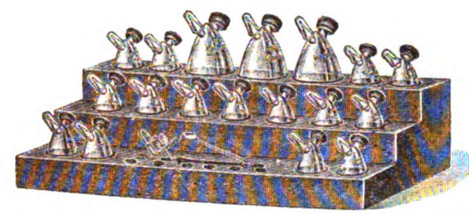
„Optima", Haemoglobinometer

mit Maximaldosentabelle zur schnellen Blutuntersuchung.



Augentropfglas nach Dr. Emanuel

und



Augentropfglas-Besteck nach Dr. Emanuel

zur Sterilhaltung und vollständigen Ausnutzung der Flüssigkeit

äußerung bei ihm völlig ausgeschlossen wäre, wodurch eine selbständige Bestimmung und Wahl seines Aufenthaltsortes fortfiele. L. ist nach meiner Kenntnis wohl imstande, seinem Miß- wie Wohlgefallen deutlich Ausdruck zu geben und dementsprechend zu handeln", und am 10. Oktober 1911: L. besitzt „ein in mancher Hinsicht vortreffliches Gedächtnis, das ihn befähigt, fernliegende Ereignisse und Tatsachen zu behalten und in Worten richtig wiederzugeben und namentlich 1 bis 2 mal gehörte Melodien getreu nachzupfeifen. Seine Ausdrucksweise ist zwar eine abgehackte, doch vermag er Gedanken in logischer Form zu entwickeln und wiederzugeben. Er weiß sich über Menschen und ihre Handlungen ein oft sehr zutreffendes Urteil zu bilden".

Der Arzt der Anstalt in N. berichtet am 22. Februar 1911: „L. ist ein Idiot und war geistig von frühester Jugend an in dem Maße geschwächt, daß ein richtiges Wollen und Erkennen hinsichtlich der Wahl des Aufenthaltsortes ausgeschlossen ist."

Bei meiner Untersuchung des L. am 20. Mai 1912 konnte ich folgendes konstatieren:

Er ist ein großer, kräftig gebauter und gut genährter Mensch mit rundem Schädel, niedriger Stirn, ausdruckslosem Gesicht. Die Sprache ist etwas anstoßend und schwer verständlich. Zusammenhängende Sätze werden gar nicht von L. vorgebracht, er antwortet nur in einzelnen Worten. Wenn man ihm einfache Fragen langsam stellt, versteht er sie, aber man merkt sofort, daß ihm das Auffassen Schwierigkeiten macht. Dabei macht er ein blödes Gesicht, lächelt manchmal und bewegt fortwährend Hände und Finger wie ein verlegenes Kind. Die Augen stehen in wechselnder Schielstellung.

Seine Kenntnisse sind fast null. Lesen kann er nicht, aufgefordert, seinen Namen zu schreiben, kritzelt er etwas auf das Papier, was mit seinem Namenszug keine Ähnlichkeit hat. Die einfachsten und kleinsten Rechenaufgaben kann er nicht lösen, 2+2 beantwortet er mit 2 . . . „ 3 . . . „ 3 . . . Vorgehaltene 3 Finger zählt er richtig, kann aber nicht 3 und 3 Finger zusammenzählen. Daß am Tage der Untersuchung Montag war, konnte er richtig angeben, auch daß auf Montag Dienstag folgt, wußte aber die Wochentage sonst nicht der Reihe nach herzusagen. Name, Stand und Wohnort des Vaters, Name und Zahl seiner Geschwister gab er anscheinend richtig an. Auf meine Frage nach den 10 Geboten sah er mich verständnislos an, nicht einmal das Vaterunser konnte er hersagen. Die Frage nach dem Wohnorte des Pabstes beantwortete er mit „Münster". Name und Wohnort des Kaisers kannte er nicht. Nach seiner Beschäftigung gefragt, sagte er „Putzen", konnte aber nicht angeben was er putze. Die Frage, ob es ihm in der Anstalt gut gefiele und ob er immer in ihr bleiben wolle, bejahte er unter blödem Lächeln.

Gutachten.

Nach meiner Untersuchung muß ich behaupten, daß L. vollständig blödsinnig ist. Von einer zielbewußten Überlegung, von irgend einer Willensenergie ist bei ihm keine Rede. Dem widerspricht durchaus nicht, daß das Eine oder Andere in seinem Gedächtnis haften geblieben ist. Aber auch das ist recht wenig und betrifft nur seine Person und seine Familie; nicht einmal das Vaterunser kann er hersagen. Wünsche scheint er nicht zu haben, außer möglichst in Ruhe weiter leben zu können. Das ganze Verhalten des L. deutet darauf hin, daß man es mit einem von Kindheit an in der geistigen Entwicklung Zurückgebliebenen zu tun hat und daß dieser Zustand sich nicht erst in den letzten Jahren ausgebildet hat. Die Angaben des Vaters klingen durchaus glaubhaft.

Wenn mehrere Zeugen nur eine Beschränktheit bei L. annehmen, so ist das, sofern es sich um Laien handelt, nicht auffallend, aber auch nicht von Belang. Alle ärztlichen Sachverständigen dagegen — und ich schließe mich ihnen an —sind darin einig daß L. ein Idiot, also ein von Kindheit an Blödsinniger ist. Bei Idioten kann man von einer freien Willensbestimmung nicht sprechen. Somit erhält das Attest des Dr. W. in sich einen Widerspruch, da freie Willensbestimmung im Sinne des Gesetzes gleichbedeutend aufgefaßt wird mit dem Fehlen einer jeden Willensäußerung. Ganz zutreffend wird in der gutachtlichen Äußerung des Direktors der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt J. bemerkt, daß schon ein Kind in der Wiege im stande sei, seinem Miß- und Wohlgefallen deutlich Ausdruck zu geben, daß man aber aus dem Vorhandensein dieser Fähigkeit bei L. nicht auf eine freie Willensbestimmung oder die Fähigkeit sich seinen Lebensunterhalt selbst zu erwerben schließen darf. Daß L. ferner fähig war, 1 bis 2 mal gehörte Melodien getreu nachzupfeifen, beweist für eine freie Willensbestimmung gar nichts; ist es doch bekannt, wie häufig bei Schwachsinnigen ein gewisser Sinn für Musik vorhanden ist. Hieraus, sowie weiter aus dem Behalten von Ereignissen und Tatsachen ist durchaus kein Rückschluß auf die intellektuellen Fähigkeiten gestattet. Ein anscheinend vortreffliches Gedächtnis kommt manchmal bei geistig sehr niedrig stehenden Personen vor, es gibt sogar geradezu idiotische Gedächtniskünstler. Daß L. sich im Allgemeinen über Menschen und ihre Hand-

lungen ein sehr zutreffendes Urteil bilden kann, bezweifle ich entschieden, wenn es auch nicht ausgeschlossen ist, daß er vielleicht das eine oder andere Mal über Jemand eine Bemerkung gemacht hat, die zutreffend erschien.

Die Auffassung der Zeugen, der Vater habe die Ausbildung des Sohnes gänzlich unterlassen, läßt sich wohl nicht als richtig bezeichnen. Einem Lehrer wird es doch gewiß nicht einerlei sein, ob er einen Sohn hat, der völlig ungebildet und zu einer Beschäftigung unfähig bleibt. Sehr bezeichnend und beweisend für die hochgradige geistige Entwicklungshemmung L.'s ist übrigens auch, daß er nicht einmal für fähig zum Empfang der Sakramente gehalten wurde.

Ich gebe mein Gutachten dahin ab, daß L. von Kindheit an geisteskrank (Idiot) ist, daß er der Anstaltspflege bedarf und, selbst wenn ihm in der Familie dauernde Aufsicht und Pflege geboten werden könnte, doch nicht in der Lage wäre, etwas zu seinem Unterhalte zu verdienen, sowie daß seine Geisteskrankheit zur Zeit seiner Übersiedelung von D. nach M. am 1. Februar 1908 seine freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Wohnsitzes ausschloß.

Auf Grund dieses dem Bezirksausschuß erstatteten Gutachtens erkannte der beklagte Ortsarmenverband den Unterstützungswohnsitz an.

Die Frage kann dadurch schwieriger zu beantworten sein, wenn sie, wie im folgenden Falle, erst viele Jahre nach dem Wechsel des Aufenthaltsortes aufgeworfen wird und dazu noch bei einem mittlerweile völlig verblödeten Menschen.

Fall 3.

Der am 9. Januar 1853 geborene Hubert Gr. ledig, evangelisch, wurde am 1. Juni 1889 von seinem Elternhause in O. der Irrenanstalt M. zugeführt. Die ersten ärztlichen Notizen in dem Krankenjournal dieser Anstalt datieren vom 1. September 1895 und aus ihnen läßt sich entnehmen, daß Gr. der früher epileptische Krämpfe gehabt hatte, damals schon geistig hochgradig geschwächt war. Er war apathisch, nachlässig, interesselos, „sein geistiges Leben gleich null“ und er war dies „schon seit Jahren“. Am 4. August 1911 wurde er in die hiesige Anstalt und von hier am 11. April d. J. in die Anstalt B. übergeführt. Auch hier zeigte Gr. andauernd ein ganz stumpfes, gleichgültiges Wesen, äußerte von selbst nichts, und konnte nur einige ganz einfache Fragen über seine Person richtig beantworten.

Um seine Umgebung kümmerte er sich nicht, ließ sich aber zu den täglichen Verrichtungen (Aufstehen, Ankleiden, Essen usw.) gut lenken, und half auf Anregung auch beim Roßhaarzupfen, das er mechanisch ausführte.

Epileptische Anfälle wurden in der Anstalt nicht beobachtet.

Von körperlichen Auffälligkeiten wurden hier bemerkt: Angewachsene Ohrläppchen, sehr steiler und schmaler Gaumen, geschlängelte Schlagadern an den Schläfen, rechtsseitiger Leistenbruch, Krampfadern und Ausschlag hinter dem linken Ohr.

Gutachten.

Nach diesen Befunden unterlag es keinem Zweifel, das Gr. seit längern Jahren blödsinnig war, es handelte sich, wie die Vorgeschichte angab, bei ihm um den Endzustand der als Dementia praecox benannten Form von Geisteskrankheit. Daß ein solcher Zustand die freie Willensbestimmung überhaupt, also auch bezüglich der Wahl des Aufenthaltsortes, ausschließt, liegt klar zu Tage.

Es wird nun gefragt, ob die Geistesstörung schon im Dezember 1879 bestanden und den Grad erreicht hat, daß die freie Selbstbestimmung ausgeschlossen war.

Nach dem Zeugnis des Rechtsanwalts F. war Gr. bei diesem vom Herbst 1876 bis zum 30. Nov. 1879 als zweiter Sekretär beschäftigt, zeigte sich dort stets fleißig, pünktlich und bescheiden und wurde auf seinen Wunsch entlassen, weil er eine seiner Gesundheit zuträglichere Beschäftigung annehmen wollte.

Nach Aussage seines Vaters blieb Gr. dann 3 bis 4 Wochen in dessen Wohnung und war dann etwa 3 Wochen bis ungefähr Mitte Januar 1880 in C. bei der Rheinischen Eisenbahngesellschaft beschäftigt. Diesen Dienst verließ er plötzlich heimlich und ging zu Fuß von C. nach O. „auf dem Trakt der Cöln-Mindener Bahn entlang.“

Seitdem erschien er dem Vater geistig gestört; während er früher „ein wahres Genie auf dem Klavier“ war, war nach seiner Rückkehr von C. das, was er vortrug, „Wirrwarr, ein vollständiges Gewimmer.“ Er war hochgradig apathisch, in der Kleidung unordentlich, verschlang die Mahlzeiten geradezu widerlich, und war gegen die Mutter respektlos, ging auf der Straße wie ein Vagabund umher, hauste sonst in seinem Zimmer für sich, und hatte nur Interesse für Briefmarken, die er aus den vielen, ihm von seinem Vater gegebenen Briefumschlägen mit großem Eifer ausschnitt und in Päckchen ordnete. Leider läßt sich jetzt nichts mehr über das Verhalten Gr.'s während seiner Tätigkeit bei der Rheinischen Eisenbahngesellschaft in C. in Erfahrung bringen, so daß augenfällige Beweise

für damalige geistige Störungen nicht vorliegen. Indessen spricht die Art und Weise, wie er den Dienst plötzlich verließ, und sein Verhalten nach seiner Rückkehr nach Hause, das bereits die deutlichen Symptome geistiger Störung mit der Tendenz zur Verblödung aufwies, dafür, daß er während seiner Tätigkeit in C., in der er zudem überhaupt nur 3 Wochen aushielt, geistig schon nicht mehr normal gewesen ist. Der Verdacht auf geistige Veränderung wird verstärkt durch den Umstand, daß er vorher eine Stellung, die er drei Jahre zur Zufriedenheit versehen hatte, aus „Gesundheitsrücksichten" aufgab. Das wahrscheinliche dürfte sein, daß er schon im November 1879 infolge einer krankhaften innern Zerfahrenheit und Willensalteration eine andere Beschäftigung beginnen wollte; er trat allem Anschein nach aus der Stellung bei dem Rechtsanwalt aus, ohne sich über weitere Beschäftigungsabsichten klar zu sein und ohne etwas Anderes in Aussicht zu haben. Bekanntlich entwickeln sich Geisteskrankheiten von der Art der bei Gr. bestehenden allmählich und, da bei seiner Rückkehr von C. Mitte Januar 1880 schon ganz ausgesprochene Symptome geistiger Erkrankung deutlich in die Erscheinung traten, kann man mit Sicherheit darauf schließen, daß die Anfänge der Krankheit schon mindestens mehrere Wochen zurückzuverlegen sind.

Nach allem gelange ich zu dem gutachtlichen Schlusse, daß die Geisteskrankheit Gr.s schon im Dezember 1879 bestanden hat und, wie mit an Gewißheit grenzender Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, schon damals die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes ausgeschlossen hat und daß eine spätere Einsicht hinsichtlich der freien Selbstbestimmung bei Gr. nicht eingetreten ist.

Die Entscheidung des Bezirksausschusses schloß sich dem Gutachten an und der beklagte Ortsarmenverband erkannte sie an.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Einweihung einer neuen Idiotenanstalt.** Am 9. Oktober wurde die in Hostert bei Burgwaldniel (Rheinprovinz) errichtete Pflege-, Bildungs- und Idiotenanstalt St. Josephsheim feierlich eröffnet. Es waren zahlreiche Ehrengäste erschienen, darunter Geheimrat Dr. Neuhaus und Kreisarzt Dr. Doegner aus Düsseldorf. Nach einem Hochamte fand im Festsaale ein Begrüßungsakt statt. Der Franziskaner-Lehrbruder Josephat der Anstalt hielt im Namen des Generaloberen und des Anstaltsvorstehers die Begrüßungsansprache. Über die Entstehung und die Entwicklung der Anstalt sei folgendes mitgeteilt: Vor etwa 5 Jahren haben die Geschwister Wix in Hostert, von welchen jetzt nur noch eine Schwester lebt, den Grundstock zu der Anstalt gelegt; sie übertrugen nämlich den weitaus größten Teil ihres ganz bedeutenden Anwesens und Vermögens an den Vinzenzverein in Köln zur Errichtung eines Fürsorgehauses. Die Genossenschaft der Franziskanerbrüder des St. Josephshauses bei Waldbreitbach übernahm darauf im Jahre 1909 im Auftrage des Vinzenzvereins die Verwaltung und Leitung dieses Fürsorgehauses im Hause der Stifter bis zum Jahre 1911. Dann ging das ganze Stift als Eigentum in die Hände der Genossenschaft über, und diese legte es alsdann zur Errichtung eines St. Josephsheims zur Pflege und Bildung von Idioten an. Im Jahre 1912 wurde der Grundstein zu dem jetzt eingeweihten Neubau gelegt. Die Kosten der Errichtung der Anstalt betragen rund 1½ Millionen Mark. Die Anstalt zählt heute schon 285 Zöglinge bei einer Einrichtung für 500 Zöglinge; die Anzahl der Brüder beträgt 40. In der Anstalt ist eine vierklassige Schule eingerichtet. Außer der großen Ökonomie sind Werkstätten für Schuhmacher, Schneider, Schreiner, Bürstenmacher, Metzger usw. vorhanden.

— Die **Besitzverhältnisse der Irrenanstalten Preußens im Jahre 1911.** Die Zahl der an der Statistik im Jahre 1911 beteiligten Anstalten für Geistes- und Nervenkranke betrug 362. Sie ist mit den Jahren, namentlich als 1903 auch die Anstalten für Nervenkranke, Morphiumsüchtige, Alkoholisten usw. dazu kamen, in stetem Wachsen begriffen. Im Jahre 1875 gab es nur 118 Irren- und Idiotenanstalten; 1902 zählte man 256, 1903 332, 1910 353 derartige Anstalten. Unter den 362 im Berichtsjahr vorhandenen Anstalten befanden sich 248 für Geisteskranke und Idioten sowie 28 Abteilungen für Geisteskranke in allgemeinen Heilanstalten, ferner 11 Anstalten für Epileptiker und 37 für Nervenkranke — außerdem 6 Anstalten als Abteilungen von Kliniken für Geisteskranke in den Universitätsstädten Berlin (Königliche Charité), Breslau, Halle a. S., Kiel, Göttingen und Bonn —, 14 Heilanstalten, in denen die Wasserbehandlung ausgeübt wird, und 24 Anstalten für Trunksüchtige.

Was die Besitzverhältnisse der Anstalten für Geisteskranke anlangt, so gehörten 14 mit 1180 Plätzen dem Staate; unter diesen sind 8 Universitätskliniken für Geisteskranke und 6 Abteilungen für geisteskranke Verbrecher in den Strafanstalten Berlin (Lehrter Straße), Breslau, Cöln, Graudenz, Halle a. S. und Münster i. W. In diesen Abteilungen erhalten Geistesgestörte oder der Geistesstörung verdächtige Gefangene Aufnahme, um behandelt bezw. beobachtet zu werden.

Der größte Anteil an der Irrenpflege fällt gesetzmäßig den Provinzialverbänden zur Last; in deren Besitz waren 74 Anstalten mit 55 487 Plätzen. Die städti-

schen Gemeinden unterhalten 15 Anstalten mit 7376 Plätzen. Außerdem sind zahlreiche Geisteskranke in Wohltätigkeitsanstalten untergebracht; davon gehörten 38 Anstalten mit 7985 Plätzen religiösen Orden und Genossenschaften; 23 Anstalten mit 7346 Plätzen waren milde Stiftungen. Dazu kommen 84 Anstalten mit 6055 Plätzen, die als gewerbliche Unternehmungen von Privatpersonen die behördliche Konzession erhalten haben. Von diesen hatten 41 Anstalten mit 4301 Plätzen Ärzte als Besitzer. Schließlich waren in 28 allgemeinen Heilanstalten in besonderen Abteilungen 2671 Plätze vorhanden.

In den 11 Anstalten für Epileptiker standen 7079 Plätze zur Verfügung. Je 1 Anstalt besaßen ein Provinzialverband und eine Stadt (Berlin); 4 waren in Besitz von religiösen Orden und Genossenschaften, und 5 verdankten milden Stiftungen ihre Entstehung und Unterhaltung. Von den 37 Anstalten für Nervenkranke gehörten je 1 einem Provinzialverbande (Hannover), einer städtischen Gemeinde (in der Rheinprovinz), einem religiösen Orden und 2 Anstalten einer milden Stiftung, während 32 von Privatpersonen gegründet waren (darunter 21 von Ärzten). Von den 14 Wasserheilanstalten mit 1038 Plätzen hatten Privatpersonen die meisten inne (12); 2 Anstalten dieser Art besaßen religiöse Genossenschaften. Von den 24 Trinkerheilanstalten mit 954 Plätzen waren die meisten (13) Wohltätigkeitsanstalten, 4 im Besitz von religiösen Orden und Genossenschaften, 7 Privatunternehmungen. Darin unterzogen sich 1911 2226 trunksüchtige Personen einer Behandlung. (Nach der „Stat. Korr.".)

— Eine wichtige Neuerung im Krankenhauswesen betr. die **Aufnahme von Gemütsleidenden und Geisteskranken,** welche der Anstaltsbehandlung bedürfen, **in ein Allgemeines Krankenhaus zur Beobachtung** ihres Geisteszustandes unter sachverständiger, psychiatrischer Überwachung.

Die ebenso wichtige wie schwierige Frage der Überführung solcher Patienten, bei welchen das Bestehen einer Geisteskrankheit zu vermuten ist, in die erforderliche Anstaltsbehandlung, erscheint in Hamburg in dem soeben eröffneten III. Allgemeinen Krankenhause Barmbeck (Direktor Prof. Dr. Rumpel) in sehr glücklicher Weise gelöst. Es ist dort nämlich eine Abteilung für Psychopathen geplant, welche der Leitung des Direktors der Irrenanstalt Friedrichsberg, Prof. Dr. Weygandt, als Oberarzt unterstellt sein wird. Es ist damit die Möglichkeit gegeben, Geisteskranke, für welche die Aufnahme in eine Irrenanstalt nicht sofort als dringend erscheint, zunächst einem allgemeinen Krankenhause zur Beobachtung zu überweisen, um sie dann erst, wenn die psychiatrische Beobachtung die Notwendigkeit der Aufnahme in eine Irrenanstalt ergeben hat, der Irrenanstalt zuzuführen; andernfalls aber verbleiben die Patienten auf der Krankenhausabteilung bis zu ihrer Genesung in sachverständiger psychiatrischer Behandlung, ohne den schweren sozialen Schädigungen ausgesetzt zu sein, welche mit der Aufnahme in eine Irrenanstalt für viele Berufe und Lebensstellungen verbunden zu sein pflegen.

Durch diese Einrichtung wird ohne Zweifel den Angehörigen der Patienten, den behandelnden Ärzten und den Kranken selbst, soweit bei ihnen Krankheitseinsicht besteht, der schwere Entschluß zur Aufnahme in eine Anstalt wesentlich erleichtert und in manchen Fällen die notwendige psychiatrische Behandlung frühzeitiger als bisher ermöglicht werden. (Ärztlicher Central-Anzeiger 1913 Nr. 46, 17. November.)

— Der **31. Deutsche Kongreß für Innere Medizin** findet vom 20. bis 23. April 1914 in Wiesbaden unter dem Vorsitz des Herrn Professor Dr. von Romberg (München) statt. Das Hauptthema, welches am ersten Sitzungstage: Montag, den 20. April 1914 zur Verhandlung kommt ist: „Wesen und Behandlung der Schlaflosigkeit." Referenten sind die Herren Gaupp (Tübingen), Goldscheider (Berlin und Faust (Würzburg). Am dritten Tage, Mittwoch, dem 22. April, 10 Uhr vormittags wird auf Aufforderung des Vorstandes Herr Werner (Heidelberg) einen zusammenfassenden Vorterag über „Strahlenbehandlung der Neubildungen innerer Organe" und am vierten Tage, Donnerstag, dem 23. April, 11 Uhr vormittags, Herr Schottmüller (Hamburg) einen solchen über „Behandlung der Sepsis" halten.

Vortragsmeldungen nimmt der Vorsitzende des Kongresses, Herr Professor von Romberg (München, Richard Wagnerstr. 2) entgegen. Vorträge, deren wesentlicher Inhalt bereits veröffentlicht ist, dürfen nicht zugelassen werden.

Nach § 2 der Geschäftsordnung sind die Themata der Vorträge mit kurzer Inhaltsangabe bis 4 Wochen vor Beginn der Tagung einzureichen, d. h. für diese Tagung bis zum 22. März 1914. Später angemeldete Vorträge haben keinen Anspruch auf Berücksichtigung.

Mit dem Kongresse ist eine Ausstellung von Präparaten, Apparaten und Instrumenten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden. Anmeldungen zur Ausstellung sind an den unterzeichneten Sekretär zu richten.

Zur sicheren Beschaffung geeigneter Wohnungen für die Teilnehmer am Kongresse wird ein Wohnungsausschuß gebildet werden.

I. A.: **Emil Pfeiffer**-Wiesbaden, Parkstraße 13.
Sekretär des Kongresses.

Referate.

— Gustav Heim: Ursache und Bedingung. Widerlegung des Konditionalismus und Aufbau der Kausalitätslehre auf der Mechanik. Leipzig 1913, Verlag von Joh. Ambrosius Barth. 62 S. 1,60 M.

Vf. erörtert philosophische, sich gegen Wundt, Verworn, Hansemann u. A. richtende Streitfragen, die sich für ein kurzes Referat nicht eignen.

Albrecht, Treptow.

— Becker, Werner H.: Spezielle Prognose der Geisteskrankheiten. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten.) Halle a. S. 1913, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Zusammenstellung der verschiedenen psychiatrischen

Krankheitsbilder in prognostischer Hinsicht, berechnet für „den praktischen Irrenarzt". Daher ist von einer Besprechung der Grenzgebiete (Neurasthenie etc.) abgesehen, die mehr in das Gebiet des Neurologen gehören. Ebenso sind die Psychosen bei Hirntumoren weggelassen, weil sie sich prognostisch nicht einheitlich zusammenfassen lassen. Ermisch, Treptow a. R.

— Stern, Dr. Richard: Über körperliche Kennzeichen der Disposition zur Tabes. Leipzig 1912, Verlag Deuticke. 88 Seiten. 2,50 M.

Eine höchst interessante, lesenswerte Arbeit, die nicht nur das Krankenmaterial aus dem Nervenambudern im weitgehendsten Maße auch die Literatur (436 Nummern).

Der dualistischen Anschauungsweise über Entstehung von Tabes und Paralyse, der Lues und der spezifischen Disposition fügt Verfasser als 3. Glied noch eine pathologische Funktion bestimmter Drüsen mit innerer Sekretion hinzu. Die Keimdrüsen, Hypophyse, Schilddrüse, Nebennieren und Epithelkörperchen finden in ihrer Hypo- und Hyperfunktion eingehende Würdigung, wobei sich Verfasser erfreulicherweise möglichste Reserve auferlegt, soweit es sich um Vermutungen und Hypothesen handelt. Auf den asthenischen Habitus und auf seine Beziehungen zur Tabes, zur Tuberkulose etc. legt Verfasser Wert, die Kombination von Paralyse und Basedow ist selten, von Tabes und Basedow dagegen häufig (thyreogene Noxe); vor der Jodtherapie glaubt er warnen zu müssen; die Neigung zur Dekalzination der Knochen wird den Epithelkörperchen zugeschoben, usw. Luetiker mit asthenischem Habitus hält Verfasser für besonders zur Tabes disponiert.

Diese Punkte aus dem reichen Inhalt sollen genügen, möchten sie zur Lektüre des Buches anregen!

Kürbitz, Sonnenstein.

— Klingmüller, V.: Über Kinderekzeme. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Dermatologie etc.) 33 S. Halle a. S. 1913, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Verf. bespricht die ekzematösen Erkrankungen der Säuglinge und Kinder. Ätiologisch spielen einerseits disponierende Zustände wie exsudative, spasmophile Diathese etc., andererseits auslösende Ursachen eine wesentliche Rolle. Von den letzteren sind die äußeren: physikalische, chemische, parasitäre, die schwerwiegenderen. Von den mannigfachen klinischen Krankheitsbildern werden nur einige durch Besonderheiten ausgezeichnete ausführlicher geschildert. Den Schluß bildet eine eingehendere Darstellung der Therapie des Ekzems.

Ermisch, Treptow a. R.

— Deutsche Hilfsschulen in Wort und Bild. Herausgegeben von Stadtschulrat Dr. Wehrhahn. Halle a. S. 1913, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Der stattliche Band ist ein neuer Teil des großen Sammelwerks über die körperlich, geistig, wirtschaftlich Schwachen im Deutschen Reich, welches der Verlag von Carl Marhold in vornehmer Ausstattung herausgibt. Eine Einleitung von K. Basedow führt den Leser in die Bedeutung des Hilfsschulwesens ein und zeigt dessen erfreuliche Entwicklung in Deutschland. 1912 bestanden in 305 Orten bereits 1670 Klassen mit 34300 Kindern. 72% von den entlassenen Kindern waren völlig, 20% teilweise und nur 8% nicht erwerbsfähig. Der tätige Verband deutscher Hilfsschulen, welcher 1913 in Bonn seine 9. Tagung abhielt, hat 1915 Mitglieder. Die einzelnen Abschnitte dieses Bandes mit ihren vorzüglichen Abbildungen, Wiedergaben von Lehrplänen und Unterrichtsplänen bilden eine reiche Fundgrube für jeden, der auf diesem Gebiet Belehrung sucht. Mercklin.

Anhang.

Die für den praktischen und Anstaltsarzt zur Syphilisdiagnose verwendbaren Serum- und Kutanreaktionen.

Von Oberarzt Dr. **Bresler**, Lüben i. Schlesien.

Von den drei großen Entdeckungen auf dem Gebiet der Syphilisforschung, Schaudinns Spirochätennachweis, Wassermanns Reaktion und Ehrlichs Salvarsan, hat erstere nicht nur die ursprüngliche Wichtigkeit behalten, ihre Tragweite hat sogar im Laufe der Jahre immer mehr zugenommen. Zum Beweis hierfür braucht nur Noguchis Spirochätenbefund bei progressiver Paralyse angeführt zu werden.

Bei den anderen beiden Entdeckungen verhält es sich nicht ganz so; die ihnen ursprünglich beigelegte Bedeutung hat mit der Zeit eine gewisse Einschränkung erfahren.

Seit die Wassermannsche Reaktion das Licht der Welt erblickt, sind nun 7 Jahre verflossen. — Am 10. Mai 1906 erschien in der Deutschen medizinischen Wochenschrift eine aus dem Institut für Infektionskrankheiten in Berlin und der dermatologischen Klinik der Universität in Breslau hervorgegangene Arbeit von A. Wassermann, A. Neißer und C. Bruck: „Eine serodiagnostische Reaktion bei Syphilis." — Am 1. November 1906 erschien in der Deutschen medizinischen Wochenschrift die aus dem Institut für Infektionskrankheiten in Berlin hervorgegangene Arbeit von Professor A. Wassermann in Berlin und Dr. F. Plaut in München: „Über das Vorhandensein syphilitischer Antistoffe in der Zerebrospinalflüs-

sigkeit von Paralytikern." Darin wird auch der Nachweis von „Antistoffen gegen Syphilis" im Blutserum erbracht. — Als besonderer Beleg der Wichtigkeit des Nachweises „spezifischer Antikörper" wurde in der erstgenannten Arbeit angeführt, daß die Plazenta syphilitischer Frauen die spezifische serodiagnostische Reaktion für Lues gibt (a. a. O. S. 746). — Am 14. Oktober 1912 erschien in der Deutschen medizinischen Wochenschrift eine Arbeit aus der Medizinischen Klinik in Breslau von Professor A. Bittorf und Dr. H. Schidorsky: „Experimentelle Untersuchungen über das Wesen der Wassermannschen Reaktion." Aus diesen Untersuchungen „geht hervor, daß für das Auftreten einer positiven Wassermannschen Reaktion eine spezifische syphilitische Komponente, die Bruck noch in geringem Grade anerkennt, nicht notwendig ist, daß vielmehr unspezifische Stoffe die Reaktion hervorrufen können. (Weil und Braun.)" Mit anderen Autoren halten Bittorf und Schidorsky die Lipoidvermehrung im Blute oder Auftreten von Eiweißlipoidverbindungen für die Ursache der positiven Wassermann-Reaktion. Am 27. Februar 1913 erschien in der Deutschen medizinischen Wochenschrift aus der Akademischen Klinik für Hautkrankheiten in Düsseldorf eine Arbeit von Dr. Carl Stern, Direktor der Klinik: „Über „eigenlösende" Eigenschaften des Meerschweinchenserums und dadurch bedingte Fehlerquellen der WaR. Stern weist darin auf „eine neue Fehlerquelle bei der WaR." hin und glaubt, daß gelegentliche Verwendung „eigenlösender" Komplemente geeignet scheinen könne, eine Tatsache zu erklären, die vielfach Aufsehen erregt habe. Es sei mehrfach festgestellt, daß in der Schwangerschaft „positive" Wassermann-Reaktion ohne Syphilis vorkommt; diese positive Reaktion verschwinde nach der Entbindung, was durch eine Überproduktion von Komplement bedingt sei, die ihrerseits durch den Blutverlust verursacht werde. Seine Befunde beweisen ihm aufs Neue, wie vorsichtig man bei der Anstellung der Reaktion sein müsse. Wer nicht in der Lage sei, jederzeit eine genaueste Kontrolle aller in Betracht kommenden Reagentien vorzunehmen, der solle die Reaktion lieber einer Klinik überlassen.

Nach Stern steht die Bedeutung der Wassermann-Reaktion für die Diagnose der syphilitischen Erkrankungen fest trotz aller Bedenken, die dagegen geltend gemacht werden, wenn sich die Diagnose nicht lediglich auf den Ausfall der Reaktion stützt. Sie sei ein Hilfsmittel in der Diagnose, niemals aber die Diagnose. Der sorgfältigen Bewertung der Reaktion verdanke er eine Reihe von Beobachtungen, die ihn zu einem etwas vorsichtigeren Urteil geführt haben. In Bestätigung der Angaben von Mulzer habe sich gefunden, daß die Reaktion bei ein und demselben Patienten in kurzen Zwischenräumen in erheblichem Umfange schwankt, sodaß man für die Prognose der Heilung aus dem „Negativwerden" der Reaktion nicht viel schließen könne, insbesondere nicht auf den Erfolg des angewandten Mittels, eine Erfahrung, die ihn z. B. in der Beurteilung der Dauererfolge des Salvarsans vorsichtig gemacht habe. Auch fand Stern, in dessen Institut gegen 10000 Sera untersucht worden sind, daß ein und derselbe Patient, in Abständen von Monaten untersucht, ein ganz verschiedenes Ergebnis, auch ohne Behandlung ergeben kann, worauf er schon früher hingewiesen habe. Auch die Resistenz der Hammelblutkörperchen sei außerordentlich verschieden.

H. Rietz und H. Sachs (Erfahrungen über die Serodiagnostik der Syphilis. Aus dem Königlichen Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. Deutsche medizinische Wochenschrift, 24. Oktober 1912. Seite 2009) schreiben: „Jedenfalls sind uns klinisch mit Sicherheit als Paralyse angesprochene Fälle bekannt, die bei uns negativ reagiert haben, und wir können daher auf Grund unserer Erfahrungen nicht behaupten, daß Paralyse bei der Wassermannschen Reaktion immer positiv reagiert."

Am Schlusse dieser Arbeit findet sich folgender bemerkenswerte Satz: „Immerhin glauben wir uns mit den erzielten Ergebnissen ...... durchaus begnügen zu dürfen und vorläufig Bedenken tragen zu müssen, durch eine uns nicht ungefährlich erscheinende Verfeinerung der Versuchsanordnung die Prozentzahl positiver Reaktionen bei sicheren Luesfällen zu steigern" (!). (Hier gesperrt gedruckt.)

Wie sehr immerhin diese beiden Autoren recht haben, beweist das Ergebnis der Arbeit von H. Zschucke: „Über den Ausfall der Müller-Brendelschen Modifikation der Wassermannschen Reaktion bei Malaria." (Aus dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten zu Hamburg.) Berlin.klinische Wochenschrift 15. September 1913, Seite 1717. Nach Müller und Brendel (Münchener medizinische Wochenschrift, 1912 Nr. 32) zeigt ihre Methode „weitaus am feinsten von allen vorhandenen, die Anwesenheit von aktivem Virus in allen Stadien der Syphilis" an. —

Zschucke sagt nämlich: „Als Hauptergebnis der oben beschriebenen Untersuchungen ist als Tatsache hervorzuheben, daß die mittels der Wassermannschen Reaktion anderweitig in einem geringen Prozentsatz von Malariaerkrankungen konstatierte Komplementbindung zwar bei den Kontrollen, die in 7 meiner Fälle mittels der Wassermannschen Reaktion angestellt wurden, fast niemals, dagegen mittels der Müller-Brendelschen Modifikation in 15 unter 17 Fällen nachweisbar war." (Wassermann selbst sah unter 10 Fällen von Malaria 1 mal WR. positiv, Much in 10 Fällen 3 mal, Boehm in 46 Fällen 16 mal.)

Roemheld (Was nützt die Wassermannsche Blutprobe in diagnostisch zweifelhaften Fällen dem praktischen Arzt? Von Ludwig Roemheld. Aus dem Sanatorium für innere und Nervenkrankheiten Schloß Hornegg a. N. Münchener medizinische Wochenschrift 1912, Nr. 33) berichtet über 4 Fälle, wo Blutproben an je 2 Institute geschickt wurden, die „zu den ersten Deutschlands" gehören. In drei dieser Fälle wurden Proben von ein und derselben Blutabnahme geschickt: Das eine Institut meldete 2 mal positive, einmal negative Reaktion; das andere 2 mal negative, einmal positive. — In dem vierten Falle wurden die Reaktionen von den beiden Instituten mit entgegengesetztem Ausfall gemeldet, obgleich zwischen den Blutentnahmen nur 12 Tage lagen. Diese diametral entgegengesetzten Resultate wurden „auf wiederholte Anfragen nochmals als einwandfrei" bestätigt.

Roemheld schreibt: „Überblickt man diese vier hier mitgeteilten Beobachtungen, so wird man in dem Glauben an die diagnostische Sicherheit der Wassermannschen Blutprobe erschüttert."

Die Untersuchungen waren in 2 Instituten, in denen nach der Originial-Methode Wassermanns von sachkundiger Seite einwandfrei gearbeitet wird, gemacht.

Roemheld fügt hinzu, daß er auch von anderer, und zwar von autoritativer klinischer Seite, wiederholt Klagen über solche Erfahrungen bezüglich der Wassermannschen Reaktion gehört habe. Für Roemheld ergibt sich daraus, „daß ein negativer Ausfall der Wassermannschen Probe nichts beweist, und daß es bedenklich ist, auf einem einzigen negativen Wassermann das therapeutische Handeln zu gründen, Ehekonsens zu erteilen" ..... „Aber auch für den positiven Ausfall der Reaktion sollte nach meiner Meinung möglichst durch Untersuchung an mehreren einwandfreien Instituten der Beweis erbracht werden."

Ja, was nützt das, wenn sich die einwandfreien Institute — die sich bei Differenz der Resultate einander selbst vielleicht nicht für einwandfrei halten werden — widersprechen? Und: „Untersuchung an mehreren einwandfreien Instituten" — das kann sich nicht jeder Patient und nicht jedes Krankenhaus leisten. Roemheld selbst betont dies.

Roemheld schließt: „Wir möchten nach alledem davor warnen, allein auf den Ausfall der Wassermannschen Reaktion eine Diagnose zu gründen, oder eine Diagnose abzulehnen, wie es jetzt vielfach geschieht bei Ärzten und leider auch schon beim Publikum.

Die Wassermannsche Probe ist ein wertvolles Unterstützungsmittel und ein Glied in der Kette der Symptome, auf die sich unsere Diagnose und unser therapeutisches Handeln aufbauen muß, nicht mehr und nicht weniger."

Wenn es also vorgekommen ist, daß in zwei serologischen Instituten, die „zu den ersten Deutschlands" gehören, die Wassermannsche Reaktion in vier bekannt gegebenen Fällen bei einer und derselben Blutprobe keine übereinstimmenden Resultate gezeitigt hat, darf man dann überhaupt die Wassermannsche Reaktion und die Übereinstimmung mit ihr als Voraussetzung und Maßstab für die Beurteilung und Richtigkeit anderer serologischer Syphilis-Reaktionen verwenden?

J. Trinchese (Die Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion durch Schwankungen des Komplements. Berlin. klinische Wochenschrift. 1912, Seite 1935. [Aus dem serologischen Laboratorium des Ostkrankenhauses Berlin.]) kommt zu dem Schluß, daß in dem Komplement eine große Fehlerquelle liegen kann, weil es eine stets variable Größe darstellt, die den entscheidendsten Einfluß auf den Ausfall der Reaktion ausübt.

„Es ist daher ein unbedingtes Erfordernis:

1. Das Komplement sorgfältig auszutitieren,
2. stets frisches Meerschweinchenserum als Komplement anzuwenden,
3. bei zweifelhaftem Resultat den Versuch mit anderem Komplement zu wiederholen." (Hier gesperrt gedruckt.)

Wird es unter diesen Umständen überhaupt gelingen, jemals festen Boden zu gewinnen?

Wenn sieben Jahre, nachdem die Reaktion entdeckt worden ist, nach den vielen Hunderttausenden von Reaktionen, die innerhalb dieser Zeit angestellt worden sind, nach den Tausenden von Untersuchungen und Veröffentlichungen über die Reaktion, sich noch neue Modifikationen und neue „Fehlerquellen" finden, so drängt sich die Vermutung auf, daß eine solche, noch dazu höchst umständliche Reaktion noch nicht „der Weisheit letzter

Schluß" ist, und der praktische Diagnostiker verliert sozusagen die Geduld und sieht sich bei aller Anerkennung der Bedeutung dieser Reaktion genötigt, Umschau zu halten, was ihm die Serologie sonst an Hilfsmitteln zur Erkennung der Syphilis gegenwärtig bietet.

In diesem Sinne habe ich nachfolgend zunächst und hauptsächlich die bisherigen Ergebnisse der Porges-Hermanschen Reaktion[1]) zusammengestellt, die gegenwärtig als Ergänzung und unter bestimmten Verhältnissen vielleicht als Ersatz der Wassermannschen Reaktion an erster Stelle in Frage kommen dürfte.

Wenn durch diese Übersicht wenigstens das bewirkt würde, daß die Porges-Hermansche Reaktion und die übrigen weiter geprüft und vervollkommnet werden, so wäre schon viel erreicht. Es ist nur bedauerlich, daß man für die Prüfung bis jetzt keinen absoluten Maßstab hat und sich mit der Wassermannschen Reaktion als Richtschnur begnügen muß. Mit dem Spirochätennachweis ist ja nicht immer zu rechnen.

Vielleicht lehrt die Zukunft, daß die Wassermannsche Reaktion, die auch nur eine Ausflockungsreaktion, keine spezifische Antigen-Antikörperreaktion ist, die für Syphilis nicht spezifisch, bei ihr nicht konstant, sondern nur bis zu einem bestimmten Grade für sie charakteristisch ist, die auch beim nicht-syphilitischen Körper in der Agone, bei nichtsyphilitischen Leichen, in und nach der Narkose Nichtsyphilitischer, bei Scharlach, Lupus erythematodes diss. akutus, bei malignen Tumoren, Bleivergiftung, Leukämie, Pseudoleukämie, Lepra, Febris rekurrens, Frambösia tropika, Malaria, Pellagra, Beri-Beri beobachtet worden ist, deren positiver Ausfall nur eine gewisse Wahrscheinlichkeit bietet, daß der Untersuchte eine syphilitische Infektion erlitten hat, damit aber nicht schon eo ipso die Sicherheit gewährt, daß das betreffende Leiden ein syphilitisches ist, — last not least, deren negativer Ausfall nicht einmal von solcher Beweiskraft ist, daß

[1]) Nach meinen Informationen spricht man richtiger von der „Porges-Herman-Reaktion" statt Herman-Perutzschen. Ich werde demgemäß im folgenden die Abkürzung PHR gebrauchen.

mit Sicherheit syphilitische Infektion und Bestehen einer syphilitischen Erkrankung ausgeschlossen bezw. auf Heilung[2]) einer solchen geschlossen werden kann, — — vielleicht lehrt die Zukunft, daß die Wassermannsche Reaktion, bisher selbst noch Gegenstand, und nicht lediglich Mittel der Forschung, nur der Vorläufer einer absolut exakten serologischen Syphilisdiagnose gewesen ist. — Wer will, per tot discrimina rerum, heute glauben und sich anmaßen, in dieser Sache das letzte Wort sprechen zu dürfen?

(Fortsetzung folgt.)

[2]) Vergl. z. B. A. Dreyer, Über die Latenzdauer der Wassermannschen Reaktion. Medizinische Klinik 4. Mai 1913 Nr. 18 S. 708. Auch F. Fischl, Über die Widerstandsfähigkeit lokaler Spirochätenherde gegenüber kombinierter Luesbehandlung. (Aus der k. k. Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie in Wien.) Wiener klinische Wochenschrift vom 11. Sept. 1913. Bei drei mit Neosalvarsan und Quecksilber gründlich behandelten Fällen, in denen die Wassermannsche Reaktion negativ war, wurden in scheinbar makroskopisch geheilten Sklerosen bei genauer Untersuchung noch Spirochäten gefunden!

Der heutigen Nummer liegen Prospekte der Firmen

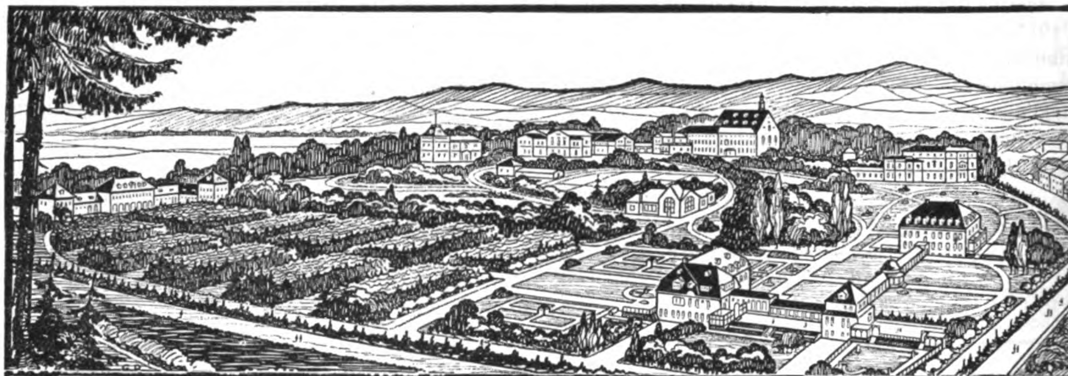
Meyer, Petri & Holland, Ilmenau i. Thür.
A. Marcus & E. Webers Verlag, Dr. jur. Albert Ahn i. Bonn,
Elektrolyser-Bau, Arthur Stahl, Aue (Sachsen),
C. F. Boehringer & Söhne, Mannheim-Waldhof

bei, welche wir der Beachtung unsere werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.



Heilanstalt Pützchen gegenüber Bonn am Rhein

Privat-Heil- u. Pflegeanstalt für Nerven- u. Gemütskranke der gebildeten Stände. 3 Ärzte.
Telefon № 229 Amt Bonn ••• **Dr. A. Peipers**, leitender Arzt und Besitzer

Marienheim zu Kreuzburg O.-S.

Heil- und Pflegeanstalt für nerven- und gemütskranke Damen

63 Plätze ◇ 2 Pensionsklassen: 200 und 120 M. monatlich

Meldungen erbittet: Der Vorstand des Diakonissen-Mutterhauses **„Bethanien“**

Dr. Bernards Kuranstalten
Godeshöhe
für Nervenkranke usw. Völlig davon getrennt Kurpension für Erholungsbedürftige. Man verlange Prospekt. Godesberg a. Rh.

Dr. Facklam's Sanatorium

Bad Suderode am Harz.

Offene Kuranstalt für Nervenleidende und Erholungsbedürftige. Das ganze Jahr besucht. Zentralheizung. Elektrisches Licht.
Prospekte durch den leit. Arzt Dr. **Facklam**, Nervenarzt.

Dr. Würzburgers Kuranstalten in Bayreuth

1. Kurhaus Mainschloß
für Nervenkranke, innere Kranke und Erholungsbedürftige.
2. Sanatorium Herzoghöhe
für Gemütskranke.

Alkohol-, Morphium-Entziehungskuren.

Telephon Nr. 70. — Prospekte auf Wunsch.

Hofrat Dr. Alb. Würzburger. **Dr. Bernh. Beyer.**

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Soeben erschien das 3. Heft des VIII. Bandes der

KLINIK

für psychische und nervöse Krankheiten.

Herausgegeben von

Robert Sommer

Dr. med. et phil., Geh. Med.-Rat, o. Professor an der Universität Gießen.

INHALT:

I. **Todt**, Dr. K., Stabsarzt, Straßburg i. E.: Sprach- und Schreibstörungen eines Falles von sensorischer Aphasie
II. **Mikulski**, Dr. **Antoni**, Kulparkow bei Lemberg: Ein Beitrag zur Methodik der Aufmerksamkeitsprüfung
III. **Balser**, Obermedizinalrat Dr., Darmstadt: Zur Prostitutionsfrage
IV. **Müller**, Gerhard: Über das Verhalten der Leukozyten bei Epileptikern
V. **Bücherbesprechungen.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 36. 6. Dezember **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Aufruf. (S. 439.) — Die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes. Von Geh. Sanitätsrat Professor Dr. Jos. Peretti in Düsseldorf-Grafenberg. Fortsetzung. (S. 440.) — Mitteilungen (S. 445): Vertrauenskommission für Irrenrechtsfragen. Zur Frage der Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker in Preußen. — Referate. (S. 446.) — Personalnachrichten. (S. 447.) — Technisches. (S. 447.) — Anhang: Die für den praktischen und Anstaltsarzt zur Syphilisdiagnose verwendbaren Serum- und Kutanreaktionen. Von Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben. Fortsetzung. (S. 448.)

Aufruf.

Die Irrenanstalt Friedrichsberg in Hamburg, die einstmals in hohem Grade vorbildlich für die deutsche Irrenfürsorge gewirkt hat, begeht Ende 1914 den Tag ihres 50 jährigen Bestehens. Es ist angeregt worden, die Erinnerung an die Männer, die die Anstalt eingerichtet und jahrzehntelang weiter entwickelt haben, durch ein Denkzeichen zu ehren.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ludwig Meyer hat in Hamburg durch rastlose Aufklärungsarbeiten das Interesse für die Irrenfürsorge bei Ärzten und Laien geweckt und gehoben, er hat die Pläne der Anstalt Friedrichsberg entworfen und zum ersten Male in Deutschland das System des No restraint, die Irrenpflege ohne Zwangsmittel und Gitter verwirklicht.

Prof. Dr. Wilhelm Reye hat von 1865 ab weit über ein Menschenalter hinaus, bis 1908, die Anstalt Friedrichsberg geleitet und bis zu einer der größten deutschen Anstalten, mit rund 1500 Kranken und über 1200 Jahresaufnahmen, weiter entwickelt. Auch die Gründung der Irrenkolonie in Langenhorn fiel unter seine Direktion, geraume Zeit stand er an der Spitze beider Anstaltseinrichtungen, bis die Einrichtungen in Langenhorn allzu umfangreich geworden waren und zu einer selbständigen Anstalt umgestaltet werden mußten.

Ludwig Meyer und Wilhelm Reye haben durch schöpferische Initiative und glänzendes Organisationstalent wie durch ruhige Festigkeit der für einen patriarchalischen Betrieb besonders geeigneten Anstaltsleitung der Irrenfürsorge des Staates Hamburg den Stempel ihrer Persönlichkeit aufgeprägt. Das Jubiläum der Anstalt fällt zusammen mit dem Abschluß einer tiefgreifenden Reorganisation und Modernisierung Friedrichsbergs. Es ist beabsichtigt, an einer besonders geeigneten Stelle des schönen Anstaltsparkes durch Bronzetafeln, Hermen oder Medaillons das Andenken jener beiden Männer zu feiern. Ein Entwurf im einzelnen wird erst möglich sein, wenn sich übersehen läßt, welche Mittel den ausführenden Künstlern zur Verfügung gestellt werden können. Es ergeht an alle Freunde, Kollegen und Schüler jener beiden Männer, wie auch an jeden, der für die ernste und wichtige soziale Aufgabe einer zeitgemäßen Irrenfürsorge Verständnis besitzt, die herzliche Bitte, den Plan gütigst zu unterstützen.

Hamburg, November 1913.

Marquard, Mitglied des Krankenhauskollegiums. Verwaltender Provisor für Friedrichsberg.

Hauptmann, Mitglied des Krankenhauskollegiums, Ökonomie-Provisor für Friedrichsberg.

Dr. Weygandt, Direktor der Anstalt Friedrichsberg.

Den Aufruf unterstützen:

Magnifizenz Bürgermeister Dr. Schröder. Magnifizenz Bürgermeister Dr. Max Predöhl. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger, Dir. der Großh. sächs. Landes-IA. und psychiatr. Klinik in Jena. Prof. Dr. A. Buchholz, Oberarzt der IA. Friedrichsberg. Senator Brandt. Prof. Dr. Brauer, Dir. des Allg. Krankenhauses Eppendorf. Dr. Bresler, Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Lüben i. Schl. W. F. Deckert, Pastor am Allg. Krankenhaus St. Georg und an der IA. Friedrichsberg. Prof. Dr. Th. Deneke, Dir. des Allg. Krankenhauses St. Georg. Dr. Deseniß, Spezialarzt. Kgl. Geh. Rat Prof. Dr. R. Grashey, Obermed.-Rat a. D., München. Senatssekretär Dr. phil. A. B. C. Hagedorn. Med.-Rat Dr. Kreuser, Dir. der Heil- und Pflegeanstalt Winnental (Württ.). F. R. Krüger, M. d. B. und Mitglied des Med.-Kollegiums. J. W. Kück Exc., außerord. Gesandter und bevollm. Minister der Dominikanischen Republik, ehem. Mitglied des Kranken-haus-Kollegiums. Geh. Rat Prof. Dr. Kümmell, stellv.

Dir. und erster chir. Oberarzt des Allg. Krankenhauses Eppendorf. Senator Dr. Lappenberg. Oberarzt Dr. med. C. Lauenstein. Dr. med. A. Lienau, Besitzer und leitender Arzt der Nervenheilstätte Eichenhain in Hamburg. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Meyer, Dir. der psychiatr. Univ.-Klinik in Königsberg i. Pr. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Moeli, Dir. der IA. der Stadt Berlin in Lichtenberg. Senator Dr. Mumssen. Präses des Medizinalkollegiums. R. H. Müller, Mitglied des Krankenhauskollegiums. Prof. Dr. Th. Neuberger, Dir. der IA. Langenhorn. Prof. Dr. Nocht, Obermed.-Rat. P. H. Nölting, Mitglied des Krankenhauskollegiums. Dr. C. J. G. A. Oberg, Mitglied des Medizinalkollegiums. Dr. F. W. Oehrens, Mitglied des Med.-Kollegiums. San.-Rat Dr. Ofterdinger, Besitzer und leit. Arzt der Privatanstalt in Rellingen. J. F. Plaß, Mitglied des Krankenhaus-Kollegiums. A. Ploog, Verwalter der IA. Friedrichsberg. Dr. phil. L. Reher, Mitglied des Krankenhauskollegiums. E. H. Ringel, Mitglied des Krankenhauskollegiums. Dr. C. F. Roth, M. d. B., Mitglied des Krankenhauskollegiums. Prof. Dr. Th. Rumpel, M. d. B. und Dir. des Allg. Krankenhauses Barmbeck. Prof. Dr. G. Schäfer, Oberarzt an der IA. Langenhorn. Dr. H. Schnitzer, Chefarzt der Kückenmühler Anstalten in Stettin. Geh. Rat. Dr. H. Schüle, Dir. der Heil- und Pflegeanstalt Illenau (Baden). Prof. Dr. E. Schultze, Dir. der Kgl. Univ.-Nervenklinik in Göttingen. Geh. Med.-Rat Dr. F. Siemens, Dir. der Heil- und Pflegeanstalt Lauenburg i. P. Geh. San.-Rat Dr. Stoltenhoff, Dir. der Heil- und Pflegeanstalt Kortau bei Allenstein. Prof. Dr. Rob. Thomsen, leit. Arzt der Dr. Hertzschen Privat-Heil- und Pflegeanstalt in Bonn. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Tuczek, Dir. der Landesheilanstalt und der psychiatr. Klinik in Marburg (Hessen). Prof. Dr. L. Voigt, Oberimpfarzt. Arthur Warncke, M. d. B. u. Finanzdeputierter. San.-Rat Dr. med. Weiler, Besitzer und leit. Arzt der Kuranstalt Westend bei Berlin. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Wollenberg, Dir. der psych. Klinik in Straßburg i. E. J. A. Zipperling, ehem. Mitglied des Krankenhauskollegiums.

Beiträge werden erbeten an die Kassenverwaltung der Irrenanstalt Friedrichsberg-Hamburg, Konto: Ehrung L. Meyer und W. Reye.

Die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes.

Von Geh. Sanitätsrat Prof. Dr. **Jos. Peretti,** in Düsseldorf-Grafenberg.

(Fortsetzung)

Fall 4.

Aus den Akten geht hervor, daß der am 16. September 1873 in M. geborene Konditor Cl. durch Beschluß des Kgl. Amtsgerichts in M. vom 9. März 1903 wegen Trunksucht entmündigt worden ist. In den Jahren 1899 bis 1902 ist er 7 mal wegen Betrugs und Diebstahls mit Gefängnis von 2 Tagen bis zu 6 Monaten bestraft worden. Seit seinem 20. Lebensjahre hatte er mehrfach Krampfanfälle, die als epileptische bezeichnet wurden. Im Jahre 1901 war er einige Wochen in der Trinkerheilstätte L. untergebracht, vom 12. November 1903 bis zum 26. Januar 1904 und vom 29. Januar 1904 bis zum 2. März 1904 in der Städtischen Anstalt L. Nachdem er am 29. März 1904 wiederum der Anstalt L. zugeführt war und sich dort erregt, verwirrt und ängstlich zeigte, erfolgte am 7. April seine Überweisung in die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt B. Hier beruhigte er sich bald und wurde am 13. Mai als gebessert von Epilepsie und chronischen Alkoholismus entlassen. Wie aus den Berichten der Anstaltsdirektion hervorgeht, wurde Cl. als ein notorischer Trinker angesehen, aber nicht für geisteskrank, daß er dauernd in der Anstalt behalten werden konnte. Im August 1904 war er in der Trinkerheilanstalt S., die er am 15. Mai 1905 heimlich verließ, man hielt ihn dort nicht gerade für geisteskrank, aber auch nicht für normal. In der Zeit vom 2. Oktober 1905 bis zum 4. Januar 1906 war er zweimal für 18 bezw. 16 Tage im evangelischen Krankenhause und zweimal für 8 bezw. 33 Tage im städtischen Krankenhause zu M. wegen Alkoholdelirien; einmal hatte er das Krankenhaus freiwillig aufgesucht, weil er an Angstvorstellungen, Herzbeschwerden und Schlaflosigkeit litt.

Auf Grund eines Attestes des Königlichen Kreisarztes in M. vom 4. Januar 1906 wurde Cl. am 5. Januar 1906 der Heil- und Pflege-Anstalt zu W. zugeführt. In diesem Attest wird Cl. als ein durch Trunksucht degenerierter und schwachsinniger Mensch bezeichnet, dem jede Willenskraft abhanden gekommen ist, der sich an keine Ordnung bindet und wo sich ihm eine Gelegenheit bietet, dem Trunke verfällt, dem jedes Ehrgefühl abhanden gekommen ist und der keinerlei Rücksicht auf seine Gesundheit und auf seine Vermögenslage nimmt, weshalb seine Unterbringung in eine geschlossene Anstalt für notwendig gehalten wird.

Es mag hier eingefügt werden, daß der Kreisarzt auf eine spätere Anfrage bezüglich der freien Willensbestimmung bei Cl. in jener Zeit berichtet „die freie Willensbestimmung ist beim Trinker verschieden zu beurteilen, dieselbe ist aufgehoben, wenn er sich im Delirium befindet oder unter Alko-

hol steht, kann aber in der Abstinenz vorhanden sein. Cl. zeigte schon damals Verfolgungsideen und war geisteskrank, zudem schwachsinnig, im allgemeinen wird er die freie Willensbestimmung entbehrt haben."

In der Anstalt W. war Cl. bis zum 31. März 1906. Mit Ausnahme von zwei im Anschluß an epileptische Krämpfe auftretenden Erregungszuständen von zwei- bis dreitägiger Dauer Mitte Februar und vom 20. bis 31. März hielt er sich ruhig und geordnet, querulierte aber etwas und drängte fortwährend auf Entlassung. Der Anstaltsdirektor empfahl mit der Begründung, daß die dauernde Unzufriedenheit schädlich auf den ganzen Zustand Cl.'s einwirke, den Versuch, ihn in eine Trinkerheilanstalt unterzubringen. Cl. wurde aber dann als gebessert von Alkoholismus und Epilepsie zu seinem Bruder entlassen. Er scheint dann sofort wieder stark getrunken zu haben, denn am 5. April 1906 wurde er schon wieder der Provinzialanstalt B. zugeführt. Dort zeigte er, abgesehen von einem etwas apathischen und deprimierten Verhalten in den allerersten Tagen, keine Geisteskrankheit. Anfang Juli 1906 wurde der Vormund des Cl. von der Anstaltsdirektion aufgefordert, für sein Mündel, der Trinker sei, aber gegen seinen Willen nicht in der Irrenanstalt zurückgehalten werden könne, ein anderweitiges Unterkommen zu bestimmen. Als gebessert von chronischem Alkoholismus, aber nicht geisteskrank wurde Cl. am 14. Juli 1906 entlassen und in der Anstalt Be. untergebracht.

Nach einem Schreiben des leitenden Arztes dieser Anstalt wurde Cl. dort „wegen chronischen Alkoholismus mit Neigung zu Bedrohung und Gewalttätigkeit" bis zum 23. März 1907 verpflegt, an welchem Tage er entwich; „der chronische Alkoholismus hatte einen solchen Grad erreicht, daß Cl. als geisteskrank bezeichnet werden muß".

Am 1. Juni 1907 wurde er abermals der Anstalt B. zugeführt, weil er am selben Tage zu Hause angekommen tobte und drohte. Anscheinend hatte er in der Zwischenzeit einen Zustand von Bewußtseinsstörung gehabt, da er über die Vorkommnisse nur eine unklare Erinnerung hatte. In der Anstalt war er die ersten drei Tage schläfrig, benommen und unorientiert, von da an aber klar, ruhig und geordnet. Am 1. August 1907 wurde er als ungeheilt von chronischem Alkoholismus mit starker Degeneration (Alkoholepilepsie) in die Anstalt Th. übergeführt. Dort zeigte er sich geistig klar, war zeitweise unverschämt, anspruchsvoll, tyrannisierte die Pfleger, die er für sich zu gewinnen suchte, und schimpfte zeitweise auf die Ärzte. Auf Antrag des Vormundes wurde er am 8. Juli 1908 beurlaubt, aber am 5. August wieder zurückgebracht, weil er stark getrunken und unsinnige Bestellungen auf den Namen seines Bruders gemacht hatte. Nach seiner Festnahme durch die Polizei hatte er fünf epileptische Anfälle und auf dem Rücktransport in die Anstalt noch zwei Anfälle. Nachdem er sich ausgeschlafen, war er wieder ruhig und klar. Anfangs Oktober 1908 wurde er wegen Belästigens und höhnischer Bemerkungen der Nachtwache gegenüber und Aufregen der andern Kranken isoliert. In den Tagen vom 12. bis 14. November war er erregt, entleerte den Strohsack aus dem Fenster und behauptete, das hätten vier Männer, die zur Tür hereingekommen seien, getan, er lärmte eine Nacht durch Klopfen an der Tür und zerstörte schließlich mit einem von der Heizung losgeschraubten und zugeschärften Eisen den Linoleum-Bodenbeschlag, die Fensterscheiben und die Wände der Zelle, beim Eintritt von sieben Pflegern stürzte er wie rasend auf diese los und verwundete einen von ihnen mit dem Eisen im Rücken. In den Wachsaal zurückverlegt, war er später äußerlich ruhig, drohte aber mit Gewalttaten, wenn er nicht bis zum 1. Januar entlassen werde. Am 25. Dezember 1908 wurde er ungeheilt in die Familie entlassen. Der Direktor der Anstalt bezeichnete ihn in einem Bericht vom 21. Juli 1911 als für die Zeit des Aufenthaltes in der Anstalt Th. „geisteskrank und anstaltspflegebedürftig".

Vom 4. Januar bis Anfang Februar 1909 war er bei einem Konditor in E. tätig. Auf Grund einer Verfügung des Königlichen Amtsgerichts in M. vom 28. Dezember 1908, daß Cl. als trunksüchtig und gemeingefährlich in eine geschlossene Anstalt unterzubringen sei, erfolgte am 17. Februar 1909 seine 4. Aufnahme in die Anstalt B. Er war dort ruhig, allerdings für seinen Alkoholmißbrauch uneinsichtig und zum Querulieren geneigt. Von Anfang Mai 1909 als Einzelarbeiter beschäftigt, kam er am 24. Mai vom freien Ausgang nicht zurück und mußte am folgenden Tage von der Anstalt L., wohin er in verwirrtem Zustande gebracht worden war, zurückgeholt werden, er hatte wieder getrunken und allerlei geschwindelt, sich u. a. für einen Kriminalbeamten ausgegeben. Er blieb noch einige Tage verwirrt und etwas erregt, dann war er wieder ruhig und geordnet. Mitte Oktober ging er einmal in die Stadt und kam in etwas angetrunkenem Zustande zurück. Am 1. November wurde er im Einverständnis mit seinem Bruder beurlaubt, kehrte nicht zurück und wurde am 5. November von A., wo er sich bei der Polizei als aus der Anstalt entwichen gemeldet und einen geistesgestörten Eindruck gemacht hatte, zurückgeholt. Am 13. November ging

er wieder von der Arbeit in die Stadt, roch bei seinem Zurückkommen nach Alkohol und drohte Fensterscheiben einzuschlagen, ohne weiter erregt zu sein. Am 27. Dezember ging er im Einverständnis mit seinem Bruder zu diesem zu Besuch, fuhr aber später nach C. von wo er am 30. Dezember zurückgeholt wurde.

Nachdem er sich die nächsten Monate gut gehalten hatte, wurde er am 21. Juli 1910 urlaubsweise entlassen. Sein Bruder hatte ihm eine Stelle beschafft. Am 29. Juli wurde er von der Anstalt L. wieder in die Anstalt B. gebracht, er hatte sich herumgetrieben und getrunken. In der Anstalt B. war er wieder ruhig. Am 11. August entfernte er sich und mußte am 15. von A. zurückgeholt werden. In der Nacht zum 8. September entwich er wieder und wurde am folgenden Tage von der Anstalt L., wo er in erregtem Zustande eingeliefert worden sein soll, zurückgeholt. Die nächsten Tage war er in etwas benommener und heiterer Stimmung, dann wieder klar.

Am 10. September 1910 beantragte die Direktion der Anstalt B. bei dem Herrn Landeshauptmann die Überweisung Cl's. in die Alkoholiker-Abteilung der Arbeitsanstalt Br. mit der Begründung, er sei ein unverbesserlicher Alkoholiker, benütze jede Gelegenheit zu entweichen, werde dann regelmäßig in den folgenden Tagen wegen Trunkenheit aufgegriffen und müsse wieder in die Anstalt gebracht werden, in der Anstalt biete er dann, sobald er sich ausgeschlafen habe, nichts Krankhaftes.

Daraufhin wurde Cl. am 26. September 1910 „ungeheilt von chronischem Alkoholismus" nach Br. übergeführt.

Am 22. Januar 1912 schrieb er an den Ortsarmenverband M., er sehe sich „veranlaßt, dem Verbande die Kosten zu sparen, um seine Entlassung zu veranlassen", sein Bruder und Vormund habe den Ortsarmenverband durch Vorspiegelung falscher Tatsachen auf Irrwege geführt und sein (Cl's.) ganzes väterliches Vermögen durch das Festhaltenlassen in Anstalten verbracht. Sein Vormund möchte ihn gern aus dem Wege haben, denn er habe einem Stationspfleger in B. 2000 Mark für seine Fortschaffung zugesagt und es seien ihm (Cl.) Medikamente ohne ärztliche Anordnung gegeben worden.

Der Anstaltsarzt in Br. äußerte sich zu diesem Gesuche: Er habe nach Rücksprache mit den Angehörigen des Cl. nichts dagegen, wenn diese den Versuch machen wollten, ihn zu sich zu nehmen, verspreche sich aber nicht viel davon. Am 13. Oktober 1912 kehrte Cl. von einem Urlaub nicht in die Anstalt zurück.

Am 9. November 1912 wurde er durch die Polizei aus D. der hiesigen Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zugeführt; nach Angabe der Polizeibeamten war er mit einem Attest des Dr. Th. in O.: „bedarf wegen Verfolgungswahn Aufnahme in Irrenanstalt" zur Polizeiwache gekommen und hatte um Unterbringung gebeten. Er trat ruhig hier ein und bat um Aufnahme, weil er sich verfolgt fühle.

In der ersten Nacht war er unruhig, lief im Hemd herum; später war er ruhig aber etwas gedrückter Stimmung, vielfach auch mürrisch. Er hörte Stimmen, glaubte sich von Oberarzt Dr. L. in B. und von dem Br'er Anstaltsarzt beschimpft, die er auch in O. gehört habe, und sprach davon, in der Anstalt L. seien die Betten elektrisch gewesen, in Br. habe Dr. B. ihn vergiften wollen, auch in B. habe man ihm Schlafmittel gegeben, um ihn zu vergiften, in O. hätten die genannten Ärzte und die Polizei ihn verfolgt, so daß er dort die letzten drei Tage keine Ruhe gehabt hätte. Auch hier machte er in der ersten Zeit Andeutungen, es sei wohl Gift im Essen, und klagte ständig über Magenbeschwerden, die er auf das Gift in Br. zurückführte. Er verlangte wiederholt in die chirurgische Klinik, damit sein Magen operiert werde. Eine Röntgenuntersuchung am 5. März ds. Js. ergab eine geringe Magenerweiterung. Schon seit Ende Januar hatte sich Cl., wenn er nicht wegen seiner Magenbeschwerden im Bett lag, bei den Hausarbeiten etwas beschäftigt, war nicht mehr so mürrisch wie anfangs, sprach weniger von Sinnestäuschungen und seine Stimmung besserte sich in der Folgezeit mehr und mehr, auch die Klagen über den Magen traten etwas zurück. Doch zeigt er auch jetzt noch ein wehleidiges Wesen, betont seine körperliche Schwäche, besonders daß sein Magen wenig vertrage und daß er viel Brechneigung habe, und meint, am besten wäre, wenn man ihn in ein Zimmer lege und sich selbst überließe, arbeiten könne er jetzt doch nicht. Er ist auch in Wirklichkeit körperlich schwächlich, sieht sehr bleich aus und hat öfter Erbrechen.

Aus seinen Ausführungen, die er in klarer und besonnener Weise und mit verhältnismäßig guter Erinnerung, die ihn nur bei genauen Zeitangaben im Stiche läßt, vorbringt, ist folgendes von Bedeutung. Das Krankenhaus in M. habe er ein paar Mal aus sich wegen Herzleiden und Rheumatismus aufgesucht. Im Jahre 1906 sei er mit seinem Einverständnis auf Vorschlag des Kreisarztes in die Anstalt W. gegangen. Nach seiner Entlassung aus Th. habe er sich nach E. in Arbeit bei einen Konditor, den er von früher gekannt habe, begeben, aber die Stelle

nach sechs Wochen verlassen, weil ihm die Polizei die Lokale verboten habe. Dadurch, daß sein Bruder ihn immer in Anstalten untergebracht habe, sei sein Vermögen von etwa 1500 Mark draufgegangen; er habe aber später nach dem Tode eines vermögenden Onkels und einer Tante noch Geld zu erwarten.

Daß seine Verwandten ihn gern aus der Welt hätten, habe er aus der Äußerung eines Arztes in Th. bei einem dort gemachten Selbstmordversuch: man hätte ihn doch hängen lassen sollen, die Verwandten seien froh, wenn sie ihn los wären, entnommen, auch habe ihm ein Stationspfleger in B. gesagt, der Bruder habe ihm 2000 Mark versprochen, wenn er (Cl.) fortgeschafft würde; allerdings habe der Stationspfleger, der ihn übrigens auch morgens beim Wecken häufig gefragt habe: „Leben Sie noch?" es später in Abrede gestellt. Im März 1912 habe er zuerst in Br. Magenschmerzen bekommen, Dr. B. habe ihm Pulver verschrieben, von denen der Aufseher gesagt habe, sie seien so stark, daß er sie nicht nehmen würde. Daraus schließe er, Dr. B. habe ihn im Einverständnis mit den Verwandten aus der Welt schaffen wollen. Auch hier habe er anfangs geglaubt, es sei wohl Gift im Essen, es habe so nach nichts geschmeckt, das könne aber Irrtum von ihm sein. Als er 1905 in der Anstalt L. gewesen sei, habe er zwei bis drei Monate im Bett gelegen und habe nicht aufstehen können, das Bett müsse elektrisch gewesen sein.

Nach seiner Entfernung von Br. im Oktober 1912 sei er im Einverständnis mit seinem Bruder in Stellung zu einem ihm von früher her Bekannten in O. gegangen, nach einigen Tagen seien die Magenbeschwerden stärker geworden, er habe auf Anraten dagegen Magenbitter bis zu sechs oder acht Glas am Tage getrunken, er sei ängstlich geworden, ins Krankenhaus gegangen, nach drei Tagen auf seinen Wunsch ausgetreten, nach D. gereist und habe nichts dagegen gehabt, als man ihn in die hiesige Anstalt gebracht habe.

Krampfanfälle habe er seit 1908 nicht mehr gehabt. Auf Vorhalten, die Ideen von absichtlicher Vergiftung in Br., von dem Hören der Stimme der Ärzte aus Br. und B. in O. und hier seien doch krankhafte Vorstellungen, meint er, es sei ihm doch so vorgekommen und er müsse doch wohl daran glauben. Über sein Trinken spricht er sich wenig einsichtig aus, gibt es notgedrungen zu, schiebt die Schuld daran zum Teil auf Andere und glaubt, sich in Zukunft davor hüten zu können.

Gutachten.

Daß es sich bei Cl. um einen psychisch abnormen Menschen handelt, bei dem der Alkohol eine verhängnisvolle Rolle spielt, liegt klar zutage, aber die Einschätzung der psychischen Abweichungen ist nicht so einfach und erfolgte daher nicht in gleicher Weise. Schon 1903 wurde Cl. wegen Trunksucht entmündigt und sein Bruder erklärt, er habe ihn in den Anstalten untergebracht, weil er sein Vermögen verschwendete bezw. vertrank. Der Bruder hält ihn überhaupt nicht für geisteskrank, wohl für einen starken Trinker, dem aber in nüchternem Zustande die freie Willensbestimmung nicht fehlte und der wohl wußte, was er tat und wollte. Mehrere Jahre hindurch hatte er Krampfanfälle, die als epileptische aufgefaßt wurden.

Bei seiner Entlassung aus der Anstalt B. im Mai 1904 wird er als „gebessert von Epilepsie und chronischem Alkoholismus" bezeichnet, man hielt ihn nicht für geisteskrank und dauernd anstaltspflegebedürftig. In der Trinkerheilanstalt S. hielt man ihn „nicht gerade für geisteskrank, aber auch nicht für normal". Sein Aufenthalt in den Krankenhäusern in M. Ende 1905 erklärt sich durch Zustände von Delirien.

Aus der Anstalt W. wurde er im März 1906 als „gebessert von Alkoholismus und Epilepsie" entlassen und der Direktor hatte die Unterbringung in eine Trinkerheilanstalt empfohlen, allem Anschein nach also keine dauernde hochgradige Geistesstörung diagnostiziert. Auch beim zweiten Aufenthalt in der B.er Anstalt April bis Juli 1906 nahm man Alkoholismus, aber keine Geisteskrankheit an. Nach Ansicht des leitenden Arztes in Be. hatte der chronische Alkoholismus einen solchen Grad erreicht, daß man Cl. als geisteskrank bezeichnen müsse. Bei seiner Überführung aus der Anstalt B. nach der Anstalt Th. im August 1907 wurde er als „ungeheilt von chronischem Alkoholismus mit starker Degeneration" bezeichnet und in der letztgenannten Anstalt, von wo er im Dezember 1908 als ungeheilt entlassen wurde, hielt man ihn für geisteskrank und anstaltspflegebedürftig. Bei seinem letzten Aufenthalt in der Anstalt B. 1910 wurde er als unverbesserlicher Trinker, der aber, wenn er sich ausgeschlafen habe, nichts Krankhaftes biete, bezeichnet und seine Überführung in die Trinkerabteilung in Br. veranlaßt. Der Anstaltsarzt dort erklärte sich Anfang Februar 1912 mit einer versuchsweisen Entlassung einverstanden.

In die hiesige Anstalt wurde Cl. in einem etwas deprimierten Zustande mit Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen aufgenommen. Die Sinnestäuschungen (Hören der Stimmen von Ärzten in B. und Br.) ließen bald nach, aber wahnhafte Vorstellungen von Gift, das er in Br. bekommen habe, blieben im Zusammenhang mit hypochondrisch gefärbten

Ideen weiter bestehn. Aus den eignen Angaben Cl.'s und der Art der krankhaften Erscheinungen kann man schließen, daß es sich bei dieser letzten Unterbringung in die Anstalt wiederum um einen Erregungszustand infolge von Alkoholmißbrauch handelte. Später war Cl. ganz besonnen und geordnet und ist dies auch jetzt, er bringt jedoch noch die Ideen vor, man habe ihn aus dem Wege schaffen wollen und ihm schädliche Medikamente eingegeben. Er hat, wie sich aus seinen Äußerungen erkennen läßt, zweifellos Äußerungen von Anstaltsbeamten in wahnhafter Weise aufgefaßt und verwertet, wozu die bei ihm tatsächlich bestehenden körperlichen Beschwerden von seiten des Magens bestärkend mitwirken. Diese Ideen sind nicht der Ausfluß einer durch ein ausgeprägtes weiterschreitendes Wahnsystem charakterisierten Geistesstörung, sondern sie sind entstanden auf dem Boden einer degenerierten, geschwächten Psyche. Dafür spricht die geringe Affektbetonung, mit der Cl. die Ideen vorbringt, die Gelassenheit, mit der er einen Widerspruch dagegen aufnimmt und Zweifel daran anerkennt. Die auf Sinnestäuschungen in den Delirienzuständen beruhenden Vorstellungen (elektrisches Bett, Stimmenhören) zu korrigieren, ist er außerstande und er beweist damit eine geistige Abschwächung.

Alles in allem genommen hat man Cl. als einen degenerierten Menschen anzusehen, der widerstandsunfähig gegen Alkohol ist, häufig Zustände von Delirien durchgemacht hat, früher mehrfach Krampfanfälle epileptischen Charakters (Alkoholepilepsie) hatte und der geistig geschwächt ist.

Es fragt sich nun, ob diese psychischen Abnormitäten die Annahme rechtfertigen, daß bei Cl. seit Mai 1905 die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes ausgeschlossen ist.

Die Ansichten der beiden Parteien in der Verwaltungsstreitsache gehen auseinander, die eine nimmt an, daß es sich bei Cl. „um einen seit 1905 fortbestandenen Krankheitszustand (Schwachsinn infolge von Trunksucht)“ handelt, und daß er nach den ärztlichen Gutachten als „unheilbar geisteskrank und außerstande für seinen Unterhalt zu sorgen“ anzusehen ist, während die andere Partei erklärt, Cl. sei, „wenn auch geistig minderwertig, so doch nicht derartig beschränkt, daß sein Wollen und Erkennen bezüglich der Wahl seines Aufenthaltes ausgeschlossen“ gewesen sei, er „entbehre“ infolge der Entmündigung „wohl der rechtlichen Selbständigkeit, nicht aber der Willensfähigkeit.“

Auch für die ärztlichen Sachverständigen ist die Frage nicht so einfach zu lösen, und zwar deshalb, weil nicht mit medizinischen Begriffen allein, sondern auch mit gesetzlichen zu rechnen ist. Dies zeigt schon der Bericht des Kreisarztes in M., der zu dem Schluße kommt, Cl. sei Ende 1906 geisteskrank, zudem schwachsinnig gewesen und werde im allgemeinen die freie Willensbestimmung entbehrt haben, die beim Trinker im Delirium oder unter Alkoholwirkung aufgehoben sei, in der Abstinenz aber vorhanden sein könne. Ganz bestimmt drückt sich dieser Gutachter also nicht aus.

Die Meinungsverschiedenheiten und Unklarheiten haben meines Erachtens ihren Grund in der Auffassung von der Bedeutung des Wortes „geisteskrank". Medizinisch versteht man im allgemeinen unter Geisteskrankheit jede geistige Störung, man rechnet Deliranten, chronische Alkoholisten und Geistesgeschwächte ebenso zu den Geisteskranken, wie verwirrte, exaltierte, melancholische, von Wahnideen beherrschte Kranke. Im Entmündigungsverfahren § 6 BGB. dagegen wird unterschieden zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche, und mancher, der wegen „Geistesschwäche“ entmündigt werden muß, ist im medizinischen Sinne „geisteskrank“.

So erscheint es mir fraglich, ob z. B. der Direktor der Anstalt Th. durch die Bezeichnung „geisteskrank" zum Ausdruck bringen wollte, daß bei Cl. „Geisteskrankheit“ im Sinne des Gesetzes vorliege.

Wäre Cl. wegen „Geisteskrankheit“ entmündigt, so müßte die Frage, ob die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes ausgeschlossen sei, unbedingt bejaht werden, da er dann als völlig geschäftsunfähig anzusehen wäre im Sinne des § 104 BGB. Er ist aber nur wegen Trunksucht entmündigt, und die Entmündigung wegen Trunksucht genügt für sich allein nicht, um den Mangel freier Selbstbestimmung als bestehend anzusehen (Entscheidung des Bundesamtes für Heimatswesen vom 27. Februar 1904 Heft 36 Nr. 2); ein wegen Trunksucht Entmündigter ist wie ein Minderjähriger in seiner Geschäftsfähigkeit beschränkt, aber nicht willensunfähig.

Weiter kann aus den Entscheidungen des Bundesamts auch aus einem, wenn auch großen Grad geistiger Beschränktheit oder Geistesschwäche ebensowenig wie aus nur periodischem Auftreten von Irrsinnsfällen der Einwand hergeleitet werden, daß die betreffende Person der freien Selbstbestimmung und damit der Fähigkeit, selbständig einen Unterstützungswohnsitz zu erwerben, entbehrt habe, wenn diese Leiden den geistigen Zustand nicht in dem Maße trübten, um ein richtiges Wollen und Erkennen hinsichtlich der Wahl des Aufenthaltsortes auszuschließen. Selbst daraus, daß jemand an

Wahnvorstellungen und an Melancholie gelitten hat, ist nicht ohne Weiteres zu folgern, daß er der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes beraubt gewesen ist (Eger, Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz, V. Auflage 1908, Seite 95 und 96).

Nach diesen Entscheidungen wird man also den nach § 12 und 24 des Unterstützungswohnsitzgesetzes erforderlichen Ausschluß der „freien Selbstbestimmung" im gleichen Sinne zu verstehen haben, wie den Ausschluß der „freien Willensbestimmung" nach § 51 StGB. (Arnoldt, Die Freizügigkeit und der Unterstützungswohnsitz, 1872 Seite 197). Man wird auch den § 104, 2 BGB. zum Vergleich heranziehen können, wonach als „geschäftsunfähig" nur der anzusehen ist, „wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist."

Ohne weiteres ist klar, daß Cl. zu den Zeiten, wo er wegen Zuständen von Delirien, Erregung und Verwirrtheit in den Anstalten Aufnahme fand, geschäfts- und willensunfähig und der freien Selbstbestimmung beraubt war. Aber solche Zustände waren ihrer Natur nach vorübergehende, sie schwanden nach kurzem, meist in wenigen Tagen, und dann erschien Cl. die übrige Zeit besonnen und geordnet. Eine dauernde Ausschaltung des richtigen Wollens und Erkennens hinsichtlich der Wahl des Aufenthaltsortes läßt sich also durch diese Zustände nicht begründen, wenn sie sich auch häufig wiederholten. Die Beurteilung wird davon abhängen, ob die geistige Abschwächung bei Cl. einen derartigen Grad erreicht hat, daß die Annahme der freien Selbstbestimmung auszuschließen ist.

Ein solcher Schluß ist m. E. nicht berechtigt. Cl. ist zwar entschieden geistig geschwächt, Urteilsfähigkeit und Willenskraft stehen bei ihm nicht auf der Höhe, aber man kann ihn doch auch nicht als hochgradig schwachsinnig oder gar blödsinnig bezeichnen. Auch haben die bei ihm vornehmlich in der letzten Zeit aufgetretenen Beeinträchtigungsideen, die auf psychopathischem Boden erwachsen sind, keine große Intensität und sind für sein Handeln, insbesondere für die Wahl seines Aufenthaltes nicht maßgebend gewesen. Gegen die letztere Annahme läßt sich nicht verwerten, daß es ängstliche Vorstellungen waren, die ihn zum Aufsuchen des Krankenhauses in M. Ende 1905 und zum Eintritt in die hiesige Anstalt veranlaßten; denn zu diesen Zeiten war er in Erregungszuständen, also nicht völlig willensfrei. Im übrigen kann man dieses Hilfesuchen in krankhaften Zuständen nicht einmal als einen falschen und unvernünftigen Schritt ansehen.

Wichtiger ist, daß Cl. in den Zeiten des geordneten Verhaltens die Wahl seines Aufenthaltes überlegte; so erklärte er sich mit seiner Übersiedelung in die Anstalt W. 1906 einverstanden, 1909 nahm er in E. aus eigenem Antriebe eine Stelle bei einem ihm bekannten Konditor an und 1912 siedelte er anscheinend auf Vorschlag seines Vormundes und damit einverstanden nach O. über.

Nun ist richtig, daß Cl. sich seit 1905 außerhalb einer Anstalt immer nur ganz kurze Zeit, höchstens ein paar Wochen zu halten vermochte und dann der Neigung zum Trunk alsbald wieder unterlag. Der Alkoholismus bedingt indessen an sich den Ausschluß der freien Selbstbestimmung nicht, es sei denn, daß er eine hochgradige geistige Schwächung herbeigeführt hat, und das hat er bei Cl. trotz der erkennbaren psychischen Degeneration, die aber wohl mehr konstitutionell als durch Alkoholwirkung begründet ist, noch nicht.

Cl. war allerdings während der Zeiten seines Untergebrachtseins in Anstalten in der Wahl seines Aufenthaltsortes beschränkt, aber nur deshalb, weil ihm infolge der Bestimmung seines Vormundes und des Festgehaltenwerdens, also infolge eines äußeren Zwanges, die freie Verfügung über seine Person fehlte, während die inneren psychischen Bedingungen für das Erkennen und Wollen hinsichtlich der Wahl des Aufenthaltsortes nicht ausgeschaltet waren.

Ich gebe demnach mein Gutachten dahin ab, daß Cl. ein degenerierter, geistig minderwertiger Mensch ist, daß aber nicht angenommen werden kann, daß seit dem Mai 1905 seine freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes infolge des Krankheitszustandes ausgeschlossen ist.

Mitteilungen.

— **Vertrauenskommission für Irrenrechtsfragen.** Die seit längerer Zeit gepflogenen Verhandlungen zwischen Vertretern der Presse und der Psychiatrie haben nun ihren Abschluß gefunden mit der Gründung einer Vertrauenskommission für Irrenrechtsfragen. Der Reichsverband der deutschen Presse hatte in seiner Sitzung vom 17. Juni 1912 die Redakteure Giesen (Frankfurt a. M.) und Dr. Kastan (Berlin) delegiert. Der Deutsche Verein ärztlicher Privatanstaltsleiter wählte zu Vertretern Professor Dr. Thomsen

(Bonn) und Professor Dr. Friedlaender (Hohe Mark bei Frankfurt a. M.). Den Vorsitz übernahm Dr. Heimberger, ordentlicher Professor des Strafrechts an der Universität Bonn. Schriftführendes Mitglied ist Gerichtsassessor Dr. Coenders in Bonn. Die Aufgabe dieser Kommission besteht in der Prüfung und möglichsten Klarstellung aller wirklichen und behaupteten Mißstände auf rechtlichem und administrativem Gebiet des Irrenwesens (unrechtmäßige Internierung, ungeeignete Behandlung, Entmündigunsfragen usw.). Die Zusammensetzung der Kommission bietet die Gewähr für eine völlig unparteiische und objektive Tätigkeit. Das Ergebnis ihrer Ermittlungen wird die Kommission der Öffentlichkeit zugänglich machen. Mitteilungen und Anfragen sind zu richten an den Schriftführer Gerichtsassessor Dr. Coenders in Bonn, Poppelsdorfer Allee 112.

— **Zur Frage der Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker in Preußen.** Im Frühjahr d. Js. erregte es einiges Aufsehen, als vom Berliner Magistrat mitgeteilt wurde, daß er gegen seinen Oberbürgermeister ein Verwaltungsstreitverfahren eingeleitet habe, um festzustellen, ob dem Magistrat das Recht zur selbständigen Entlassung von geheilten, ehemals gemeingefährlichen Geisteskranken zustehe.

Die städtische Irrendeputation hatte als Organ des Magistrats einen ehemaligen gemeingefährlichen Geisteskranken namens Schulz, der nach dem Gutachten der Anstaltsärzte als geheilt zu betrachten war, entlassen. Die Verwaltung teilte dies auf dem vorgeschriebenen Wege dem Polizeipräsidenten mit. Dieser widersprach aber der Entlassung des Patienten, und als die Stadt Beschwerde beim Oberpräsidenten einlegte, trat dieser der Entscheidung des Polizeipräsidenten bei. Trotzdem beschloß der Magistrat, den Patienten zu entlassen, und daraufhin wies der Oberpräsident gemäß der Städteordnung den Oberbürgermeister an, den Beschluß des Magistrates zu beanstanden. Um die Rechtslage zu klären, legte der Magistrat beim Oberverwaltungsgericht Klage ein; sie richtete sich zwar formell gegen den Oberbürgermeister, in sachlicher Beziehung aber gegen den Oberpräsidenten. Im Mai d. Js. stand bereits Termin zur Verhandlung vor dem Oberverwaltungsgericht an; der Termin wurde aber vertagt. Jetzt hat der Berliner Magistrat die Klage gegen den Oberbürgermeister mit Rücksicht auf das von der Regierung angekündigte Gesetz zur Regelung der Irrenfürsorge und der Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker fallen gelassen. In dieser Frage hat sich der Magistrat auch mit einer eingehenden Petition an den Landtag gewendet, und die Kommission für das Gemeindewesen hat beschlossen, die Eingabe der Staatsregierung zur Berücksichtigung zu überweisen.

Referate.

— Abhandlungen über Salvarsan. Gesammelt und herausgegeben von Paul Ehrlich. Bd. III. J. F. Lehmanns Verlag. München 1913.

Sammlung der wichtigsten Arbeiten über Salvarsan, die 1912 in der Hauptsache in der Münchener medizinischen Wochenschrift erschienen sind. Es ist nicht möglich, den Inhalt dieses Werkes durch ein Referat zu erschöpfen; infolgedessen muß auf dieses selbst verwiesen werden.

Hier sei nur soviel gesagt, daß die Salvarsanbehandlung auch bei den früher als metaluetisch bezeichneten Erkrankungen, zum Teil recht nennenswerte Erfolge gezeitigt hat, so daß dieselbe auch bei derartigen Erkrankungsfällen, wenn sie sich sonst eignen, Anwendung finden möchte, um so mehr als durch die Erkennung des Wasserfehlers die Gefahren der Salvarsanbehandlung sich noch weiter verringert haben und die Furcht vor den Neuro-Rezidiven fast gleich Null zu achten ist, seitdem man weiß, daß sie in der Hauptsache nur auf ungenügende Behandlung zurückzuführen sind; in einem vor der Ehrlich-Kur von luetischen Symptomen freien Zentralnervensystem (Liquoruntersuchung!) erzeugt diese wohl nie Neuro-Rezidive!

Interessant sind ferner die Beobachtungen der Salvarsan-Wirkungen bei den nicht luetischen Erkrankungen, als Scharlach, Noma, Milzbrand, Anaemia splenica, Chorea, Tumoren usw.

Auch das Neosalvarsan hat sich recht bewährt.

Üble Erscheinungen, die den Ehrlichschen Präparaten zur Last gelegt werden, erfahren in dem Werk noch durch Ehrlich eine kritische Prüfung, die in Zukunft wohl in manchem Falle die Schuld der Präparate in Frage ziehen wird. Es ist und bleibt wichtig, bei jedem Fall, wo man Salvarsan oder Neosalvarsan anwenden will, sich zu vergewissern, daß man absolut einwandfreie Lösungen hat bei genauester Kenntnis der Technik und der verschiedenen Kontraindikationen. Heinicke-Großschweidnitz.

— v. Buttel-Reepen, Prof. Dr. H., Jena: Meine Erfahrungen mit „denkenden" Pferden. Verlag von G. Fischer 1913..

Verf. führt die überraschenden Leistungen der Elberfelder Pferde in rechnerischer Hinsicht zwar nicht auf eine hohe Intelligenz zurück, er gesteht ihnen aber eine vielleicht nicht sehr umfangreiche Denktätigkeit, ein gewisses begriffliches Denken zu und findet bei ihnen gewisse Anklänge an die gelegentlich beobachteten völlig ungeschulten jugendlichen Rechenkünstler. Jedenfalls vermag die Pfungstsche Theorie der unbewußten optischen Zeichengebung eine Aufklärung der Pferdeleistungen nicht zu geben. Auf welche Abwege aber gelegentlich „Erklärungsversuche" geführt haben, zeigt uns die Tatsache, daß man die Fähigkeiten der Pferde gleichbedeutend mit den Leistungen der Medien im Trancezustand gesetzt hat.

Heinicke-Großschweidnitz.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Münster i. W.** Der bisherige Volontärarzt hiesiger Anstalt, Dr. med. Paul Jacobi, ist zum Assistenzarzt befördert worden mit Wirkung vom 1. Juni d. Js. an.

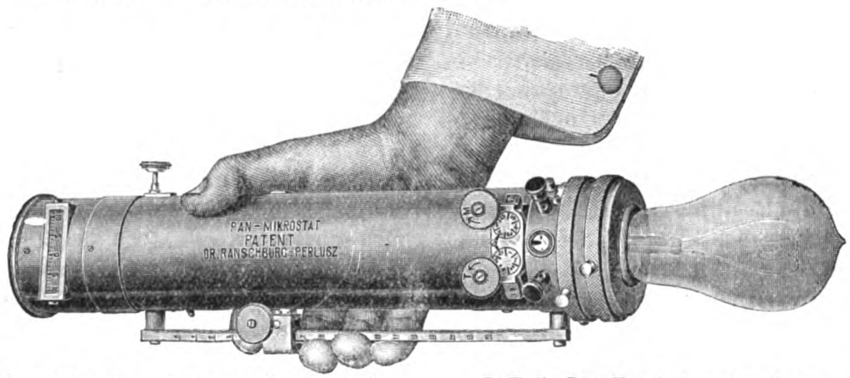
— **Neustadt** (Holst.). Zweiter Arzt, Oberarzt Dr. Starke ist am 23. November 1913 ausgeschieden und als Direktor zur Großherzoglichen Irrenanstalt Alt-Strelitz übergetreten.

— Herzogliche Heil- und Pflegeanstalt **Königslutter.** Dem 1. Oberarzt Dr. Meyer wurde der Titel Sanitätsrat verliehen.

Anstaltstechnisches.

— **„Mikropan" — ein universeller Handanschlußapparat für elektromedizinische Zwecke.** Von Privatdozent Dr. Paul Ranschburg, Ordinarius der Charité-Poliklinik in Budapest. (Deutsche Medizinische Wochenschrift 1913 Nr. 24.)

Der Mikropan (D. R. P. und D. R. G. M.), ein „leicht transportabler Handapparat" für elektromedizinische Zwecke, ist an einen jeden Wandkontakt oder in die gebräuchlichen Lampenfassungen eines Starkstromes welcher Art immer und welcher für Beleuchtungszwecke gebräuchlichen Spannung immer durch seinen Stöpselkontakt einfach anschließbar.



Bei Anschluß an Gleichstrom liefert er einen fein abstufbaren Strom für Galvanisation (von 0 bis 85 Volt), Faradisation, Galvanofaradisation, Elektrolyse, Kataphorese, Kauterisation und für mit einem eingebauten kleinen Motor versehene Vibrationsapparate.

Der Mikropan ist aber — und hierin unterscheidet er sich von sämtlichen Anschlußapparaten — auch an Wechselstrom anschließbar, wobei er aber keinen konstanten, hingegen einen Strom für sinusoidale Voltaisation, auch für reine Faradisation, für Endoskopie, Kaustik und Vibrationsapparate liefert.

Der Apparat ist (ohne Vorschaltlampe) 33 cm lang, 8 cm hoch, 6 cm breit. Gewicht mit eingebautem Galvanometer 1600 g, mit Etui, Kabel, Lampe usw. insgesamt etwas über zweiundeinhalb Kilogramm.

Der Apparat ist äußerst präzis gearbeitet, seit einem Jahre an Kliniken, Sanatorien und bei Privatärzten in ständigem Gebrauch.

— Im Betrieb einer Irrenanstalt wie überhaupt eines großen Krankenhauses ist die Elektrizität einer der wichtigsten Faktoren. Abgesehen von der Bedeutung für die vielseitigen speziell ärztlichen Zwecke dient sie zur Erzeugung von Kraft, Licht und — neuerdings vielfach auch — zum Kochen und Heizen und zum Bleichen. Ein ausgedehntes Telephonnetz besitzt wohl jede Anstalt; die erforderlichen Blitzableiter desgleichen; ferner Signalvorrichtungen. Unter den zahlreichen Beamten einer solchen Anstalt gibt es nur wenige, die nicht täglich mit irgendeiner der vielen elektrischen Funktionen sich zu befassen haben. Unter diesen Verhältnissen erweist sich ein Buch, das auch einen Nichtfachmann mühelos in Theorie und Praxis der Elektrizitätslehre einführt, als unentbehrlich. Ein solches Werk ist: Die Elektrizität und ihre Anwendungen von Prof. Dr. Leo Grätz in München, das in der 16. Auflage (67. bis 76. Tausend) vorliegt (667 Abbildungen, 720 Seiten, Preis elegant gebunden 9 M. Verlag von J. Engelhorns Nachfolger in Stuttgart). Von dem reichen Inhalt dieses Werkes gibt am besten die nachstehende Kapitelübersicht Zeugnis:

I. Teil: Die Erscheinungsweisen und Wirkungen der Elektrizität: Die Reibungselektrizität. Kontaktelektrizität. Der elektrische Strom. Die Gesetze des elektrischen Stromes. Elektrische Apparate und Messungen. Die Wärme- und Lichtwirkungen des elektrischen Stromes. Thermoelektrizität. Die chemischen Wirkungen des elektrischen Stromes. Elektrolyse. Polarisationsströme. Die magnetischen Wirkungen des elektrischen Stromes. Die Kraftwirkungen elektrischer Ströme aufeinander (Elektrodynamik). Induktion. Die Wechselströme und Drehströme. Die elektrischen Schwingungen. Der Durchgang der Elektrizität durch Gase. Die Röntgenstrahlen. Die Becquerelstrahlen und die Radioaktivität. Elektrizität und Licht. Die elektrischen Maßeinheiten. — II. Teil: Die Anwendungen der Elektrizität: Die Dynamomaschinen für Gleichstrom. Die Dynamomaschinen für Wechselstrom und Drehstrom. Die Akkumulatoren. Die Transformatoren, Umformer und Gleichrichter. Das elektrische Bogenlicht. Das elektrische Glühlicht und die elektrischen Koch- und Heizapparate. Die Arbeitsleistung durch Elektromotoren. Die elektrische Kraftübertragung. Die Verteilung elektrischer Energie. Die elektrischen Bahnen, Boote, Automobile. Die Elektrochemie. Die Galvanoplastik. Die Telegraphie. Telephon und Mikrophon. Drahtlose Telegraphie.

Anhang.

Die für den praktischen und Anstaltsarzt zur Syphilisdiagnose verwendbaren Serum- und Kutanreaktionen.

Von Oberarzt Dr. **Bresler**, Lüben i. Schlesien.

(Fortsetzung.)

Porges-Hermansche Reaktion.

Von Elias, Neubauer, Porges und Salomon (sämtlich in Wien) ist im Jahre 1908 (Wiener klinische Wochenschrift 1908, Nr. 23) eine Serumreaktion auf Syphilis mittels Präzipitation ausgearbeitet worden. Ihre Spezifizität ist zwar von den meisten Autoren anerkannt worden, doch gingen bezüglich der Häufigkeit des positiven Ausfalls die Meinungen auseinander. Die Einen erklärten sie diesbezüglich mit der WR. (= Wassermannsche Reaktion) für mindestens gleichwertig, Andere sahen bei letzterer häufiger positiven Ausfall. Nach Porges liegt dies zum Teil daran, daß manche Syphilissera in glykocholsaurem Natrium einen sehr geringen, leicht übersehbaren Niederschlag erzeugen. Herman und Perutz[3]) kamen auf den Gedanken, ein Mittel hinzuzugeben, das von dem Niederschlage mitgerissen und durch welches die Masse des Niederschlages vermehrt wird, ohne daß dadurch die Reaktion selbst eine Störung erfährt. Nach verschiedenen Vorversuchen wählten sie dazu das Cholesterin.

Das Cholesterin wird von dem bei dieser Reaktion in hoher Konzentration verwendeten glykocholsauren Natrium in einen noch feineren und daher stabileren Suspensionszustand übergeführt, der an sich der Wirkung ausflockender Agentien viel weniger zugänglich ist.

Es wurden 223 Fälle untersucht, davon 134 Syphilisfälle in allen Stadien der Erkrankung, die übrigen 89 Kontrollfälle. Die WR. wurde unabhängig von Herman und Perutz durch Regimentsarzt Privatdozent Dr. Dörr angestellt.

Von den 134 Syphilisfällen, darunter solche, welche knapp nach beendeter antiluetischer Behandlung standen oder sichtbare Symptome von Syphilis hatten und klinisch als Lues latens galten, waren 108 mit der Cholesterinreaktion positiv.

Die WR. war bei den 102 darauf untersuchten Syphilis-Sera positiv in 72, negativ in 30 Fällen. Mit der PHR. ergaben diese 102 Sera in 76 Fällen ein positives, in 26 ein negatives Resultat, also ein ca. um 4% häufigeres positives Resultat als die WR. Acht mit PHR. positive Fälle waren mit WR. negativ, dagegen 4 mit PHR. negative Fälle mit WR. positiv.

Bei den 89 Kontrollfällen flockte nur ein Serum schwach aus; die WR. konnte nicht angestellt werden, weil zu wenig Serum zur Verfügung stand. Auch war es aus äußeren Gründen nicht möglich, in diesem Falle Nachforschungen nach etwaiger Syphilisinfektion anzustellen.

In einem Falle von Initialsklerose war WR. noch negativ, während PHR. schon stark positiv war; erst nach einer Woche wurde WR. positiv; ähnlich in einem anderen Falle. In 3 Fällen zeigte PHR. starke Ausflockung nach der Salvarsan-Injektion; in zwei dieser Fälle war die WR., die jede Woche gemacht wurde und stets positiv reagierte, 6 Wochen nach der Injektion negativ, während das Serum zur selben Zeit starke Ausflockung zeigte. Danach scheint die Salvarsaninjektion die Bildung von Hammelbluthämolysinen anzuregen, welche die Hemmung dieser Sera eventuell verdecken könnten. Auch scheint bei Initialaffekten die Komplementbindungsreaktion (WR.) später aufzutreten als die Ausflockungsreaktion (PHR.), was bereits andere Autoren betont haben.

Für die Technik geben Herman und Perutz folgende Vorschrift:

Das Blut wird durch Einstich in die gereinigte Fingerbeere mittels Lanzette oder Skalpell entnommen, einige Stunden stehen gelassen, der Blutkuchen vom Rande mittels Platindrahtes abgelöst, das Serum abgegossen, und, wenn nötig, zentrifugiert, und, nach Entfernung der eventuell abzentrifugierten Blutkörperchen, durch halbstündiges Erwärmen (im Wasserbad) auf genau 55° C inaktiviert. Das Serum darf nicht stark hämolytisch sein. Hierauf wird von der Stammlösung:

Natr. glykochol. 2,00
Cholesterin 0,40
95% Alkohol 100,00

eine Verdünnung mit destilliertem Wasser 1:20 gemacht und ferner jedesmal frisch eine 2 prozentige wässrige Natriumglykocholatlösung bereitet. Hierauf wird zu 0,4 ccm Serum 0,2 ccm der auf das zwanzigfache verdünnten Stammlösung und 0,2 ccm der 2 prozentigen Natriumglykocholatlösung zugesetzt, kräftig durchgerüttelt, das Reagensröhrchen (wir verwendeten solche von ca. 5 mm Durch

[3]) Die Serodiagnose der Syphilis mittels Präzipitation von Natrium glykocholicum unter Heranziehung des Cholesterins. Von Otto Herman und Alfred Perutz. Aus der I. medizinischen Klinik in Wien (Vorstand Prof. Dr. K. v. Noorden) und der II. Abteilung für Geschlechts- und Hautkrankheiten des k. k. Wiener Allgemeinen Krankenhauses (Vorstand Prof. Dr. S. Ehrmann). Medizinische Klinik 1911 Nr. 2. 8. Januar.

messer und 5 bis 7 cm Höhe) mit einem Wattebausch verschlossen, und 20 Stunden bei Vermeidung jeder Erschütterung bei Zimmertemperatur stehen gelassen. Sämtliche zur Anwendung kommenden Röhrchen und Pipetten müssen rein und absolut trocken sein, da sonst nach unseren Erfahrungen die Resultate ungenau werden.

Die Ablesung erfolgt, ohne aufzuschütteln, am besten im Gestell selbst, nach längstens 24 Stunden. Trübungen und feinste Flöckchen sind als negativ, nur deutliche Ausflockungen sind als positiv zu bezeichnen.

Herman und Perutz fassen ihre Beobachtungen in folgenden Sätzen zusammen: „Unsere Arbeit gestattet somit folgende Schlußfolgerungen:

1. Die Cholesterinsuspension gibt mit den meisten Menschenseris innerhalb einer gewissen Verdünnungsbreite eine Präzipitation.

2. Die von Elias, Neubauer, Porges und Salomon angegebene Reaktion auf Syphilis hat sich in unseren Versuchen als spezifisch erwiesen, nur scheint sie bei Lues etwas weniger häufig positiv zu sein als die Wassermannsche Reaktion.

3. Bei Einbeziehung des Suspensionskolloides Cholesterin für diese Serodiagnose der Syphilis werden die Niederschläge meist massiger und deutlicher, und treten auch bei einer Anzahl von Syphilisfällen in Erscheinung, wo mit der ursprünglichen Methode allein keine sichtbare Ausflockung vorhanden ist.

Wir glauben somit diese Reaktion, die vor der Komplementbindungsreaktion den Vorteil der unvergleichlich leichteren Ausführbarkeit hat, der Nachprüfung empfehlen zu können, und hoffen, daß damit die Serodiagnostik der Syphilis zu einer Methode geworden ist, die auch der praktische Arzt ohne weitere Hilfe mit einiger Übung und Sorgfalt ausführen kann."

An Paralytikern und Tabikern sind Untersuchungen mit der Ausflockungsprobe bisher nur wenig gemacht worden.

De la Motte[4]) in Bremen-Ellen hat 50 Paralytiker daraufhin untersucht; die WR. wurde gleichzeitig im Hygienischen Institut in Bremen ausgeführt. Nach Wassermann reagierten 46 = 92%, nach Porges 45 (davon einer zweifelhaft, also ohne diesen) = 90% positiv. In drei der Fehlreaktionen handelte es sich um ein und denselben klinisch sicheren Paralytiker, der in zweimonatlichem Abstand dreimal serologisch untersucht wurde, und zwar stets mit negativem Resultat, und bei dem die Kontrollreaktion nach Wassermann im hyg. Institut in Kiel ebenfalls negativ war. Bei je einer anderen klinisch (auch hinsichtlich Verhalten der Spinalflüssigkeit) sicheren Paralyse korrespondierte das Resultat nicht. Bei 28 sicheren Paralysen resp. Taboparalysen wurde die Spinalflüssigkeit bei WR. in 23 Fällen = 82%, nach Porges in 26 Fällen = 93% positiv befunden. Ein Tabesfall war nach WR. und nach Porges negativ. Ein Fall von Lues cerebri war nach WR. negativ, nach Porges positiv.

Kontrollfälle: a) 16 Dementia praecox, 3 manisch-depressives Irresein, 7 konstitutionelle Psychopathie, 5 Hysterie, 4 chron. Alkoholismus, 6 Epilepsie, 2 Dementia senilis, 2 Idiotie, je 1 apoplektische Demenz, Imbezillität, multiple Sklerose, Myelitis, Tumor cerebri — zusammen 50; b) 18 körperlich und psychisch Gesunde. Die 50 Kontrollfälle von Geisteskranken ohne Luesverdacht reagierten negativ nach WR. in 100%, nach Porges in 99% (ein Versager: 56jährige Manie, 23 Jahre ununterbrochen in der Anstalt. „Syphilis ist bei ihr mit jener Wahrscheinlichkeit auszuschließen, mit der es überhaupt gestattet ist, bei einem gesunden Erwachsenen Lues zu negieren."

Bei den 18 körperlich und psychisch Gesunden war WR. und Porges-Reaktion in sämtlichen Fällen negativ.

17 sekundär und tertiär Luetische: nach WR. 16 = 99%, nach Porges 15 = 88% positiv. Die Fehler korrespondierten nicht.

9 auf Lues Verdächtige: nach WR. 6 deutlich negativ, 1 fraglich, 1 positiv, 1 schwach positiv, nach Porges 7 negativ, 2 positiv. Die Resultate beider Methoden stimmten hier im allgemeinen überein.

Die Kontrollfälle bei der Untersuchung der Spinalflüssigkeit (Katatonie, Manisch-depressive, ein Tumor cerebri, ein auf Paralyse Verädchtiger) reagierten sämtlich negativ.

De la Motte hat nach folgender, von Porges angegebenen Methode untersucht: „Je 0,2 ccm klares, steriles, inaktiviertes Serum und frische 1%ige Lösung von glykocholsaurem Natron werden gemischt und, vor gröberen Erschütterungen geschützt, 16 bis 20 Stunden bei Zimmertemperatur stehen gelassen. Nach dieser Zeit haben sich, so sagt Porges, bei positiver Reaktion Flocken gebildet, die sich meist an der Oberfläche der Flüssigkeit zusammenballen. Trübungen oder Spuren von Flockungen sind als negativ anzusehen; nur bei deutlichen, makroskopisch sichtbaren Flocken ist die Reaktion als positiv zu betrachten."

Porges, Elias, Neubauer und Salomon verwandten das glykocholsaure Natron von

[4]) Die Porgessche Luesreaktion. Von Dr. W. de la Motte in Bremen-Ellen. Nach einem Votrag, gehalten auf der Versammlung Norddeutscher Irrenärzte am 9. Juli 1910 in Hamburg-Friedrichsberg. Deutsch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 34.

Merck, das in Substanz und in seinen klaren Lösungen nur sehr geringe Differenzen der Stabilität zeigt, was sehr wesentlich ist.

De la Motte bemerkt zur Technik, daß er in allen Fällen von manifester sekundärer Lues die von Porges beschriebene makroskopisch sichtbare Ausflockung fand, nicht aber bei Paralyse, Taboparalyse und den 4 Fällen von Lues cerebri; hier trat vielmehr bei positiver Reaktion im Serum allmählich eine deutliche starke Opaleszenz meist schon nach 10 Minuten nach dem Ansetzen ein, während das negative Serum klar blieb; daher muß hierbei die Entscheidung, ob negativ oder positiv nach 1 bis 1 ½ Stunden gefällt werden. Die gesunden Sera blieben stets hell wie Rheinwein und ohne Opaleszenz.

Die Spinalflüssigkeit wird im positiven Fall innerhalb einer Viertelstunde deutlich milchig getrübt, im negativen Falle nur leicht opaleszierend. Die Porgessche Methode gibt nach de la Motte hier anscheinend ebenso zuverlässige Resultate wie Nonnes „Phase I" und Parauts Albuminreaktion.

Wiewohl auch de la Motte daran erinnert, daß die Stoffe, welche die Komplementbindung im hämolytischen System bei der WR. hervorrufen, nicht „Antikörper" sind, und trotzdem er bei WR. fast dieselben Resultate hat wie bei der Porges-Reaktion, scheint doch auch er als selbstverständlich vorauszusetzen, daß die Ergebnisse der WR. im Vergleich zu denen einer anderen Reaktion die richtigen sind.

Nicht ganz so günstig lautet das Urteil von F. So (Tokio)[5]) über die PHR. Er faßt seine Ergebnisse in folgenden Sätzen zusammen:

„Auf Grund meiner Resultate kann ich also sagen, daß die Porges-Reaktion der Wassermannschen Methode entschieden nicht gleichwertig ist, soweit es sich um die Zahl der positiven Resultate bei Luesseris handelt. Die neue Modifikation mit Cholesterin ist allerdings komplizierter als die Originalmethode nach Porges, steht aber der Wassermannschen Reaktion schon näher. Denn wenn der positive Ausfall der untersuchten Luesfälle insgesamt nach Wassermann 68,08 %, nach Porges 45,41 % und nach der Modifikation 47,08 % beträgt, die Cholesterinmethode also nur um 1,67 % besser erscheint als die Porges-Reaktion, so wird diese Differenz in den speziellen Fällen von sekundärer Lues zugunsten der Cholesterinmethode bedeutend größer, indem hier die Porges-Reaktion 73,43 %, aber ihre Modifikation 79,68 % positive Resultate ergibt, die letztere sich demnach um 6 ¼ % vorteilhafter gestaltet. Allerdings steht auch in dieser Gruppe die Wassermannsche Reaktion mit 96,87 % an der Spitze, und wir können also der Anschauung von Herman und Perutz, daß die Cholesterinmethode die Wassermann-Methode übertreffe, nicht beistimmen. Im Gegenteil muß konstatiert werden, daß die Wassermann-Reaktion noch immer unersetzbar ist und neben einer der beiden Ersatzmethoden unbedingt zu Rate gezogen werden muß.

Dies wäre allerdings bei der wesentlichen Einfachheit der Präzipitationsmethode ein immerhin noch zu verschmerzender Mangel, wenn nicht auch noch hinzukäme, daß zuweilen allem Anscheine nach nichtluetische Sera einen deutlich positiven Ausfall geben, während Wassermann negativ ist. — Solange diese Fälle nicht aufgeklärt sind, kann man auch die Methode von Herman-Perutz nicht als vollwertigen Ersatz der Wassermannschen ansehen, da auch das positive Resultat einen gewissen Mangel an Verläßlichkeit aufweist."

(Fortsetzung folgt.)

[5]) Über die Verwertbarkeit der modifizierten Präzipitationsmethode nach Porges. Zentralbl. f. Bakteriologie 1912 Bd. 63 Heft 4/6.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma **A. Marcus & E. Webers Verlag, Dr. jur. Albert Ahn i. Bonn**, bei, welchen wir der Beachtung unseren werten Lesern empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **J. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 37. 13. Dezember **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes. Von Geh. Sanitätsrat Professor Dr. Jos. Peretti in Düsseldorf-Grafenberg. Schluß. (S. 451.) — Mitteilungen. (S. 455): Aufruf zur Errichtung eines deutschen Alkoholforschungsinstitutes. — Referate. (S. 457.) — Personalnachrichten. (S. 457.) — Anhang: Die für den praktischen und Anstaltsarzt zur Syphilisdiagnose verwendbaren Serum- und Kutanreaktionen. Von Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben. Fortsetzung. (S. 457.)

Die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes.

Von Geh. Sanitätsrat Prof. Dr. **Jos. Peretti,** in Düsseldorf-Grafenberg.

(Schluß.)

In dem letzten Gutachten habe ich bereits auf die Stellungnahme des Bundesamtes für das Heimatswesen in einzelnen Punkten Bezug genommen, glaube aber doch, daß es nicht ohne Interesse ist, auf die Frage noch etwas näher einzugehen. Zu diesem Zweck habe ich die einschlägigen Entscheidungen des Bundesamts, soweit sie veröffentlicht sind (bis September 1912), darauf eingesehen.

Wohlers und Krech machen darauf aufmerksam, daß die Frage, ob die freie Selbstbestimmung infolge von Geisteskrankheit ausgeschlossen ist, der freien Beurteilung der armenrechtlichen Spruchbehörden unterliegt; diese sind an den Ausspruch des Sachverständigen nicht unbedingt gebunden, noch weniger an die von den Zeugen ausgesprochenen Meinungen. Das Bundesamt lehnte in einem Falle (Entscheidungen 1884 Heft XVI S. 7) die gutachtliche ärztliche Äußerung als nicht unbedingt maßgebend ab, da sie sich wesentlich auf Zeugenaussagen stützte, und bezeichnete das Urteil von Zeugen, es handle sich um eine solche Geisteskrankheit, daß die freie Selbstbestimmung ausgeschlossen wäre, als „an sich ohne Wert", weil bestimmte Tatsachen über den Zustand des Betreffenden, der imstande war, sich zu ernähren, angegeben werden müßten und diese fehlten (1882 XV 3).

Es ist das gute Recht des Bundesamtes, wie jeder rechtsprechenden Behörde, den Zeugenaussagen und Gutachten soviel Wert beizulegen, als es für angebracht hält. Immerhin erscheint eine Entscheidung aus dem Jahre 1886 (XVIII 39) vom psychiatrischen Standpunkte aus betrachtet etwas auffallend. Ein wegen „Wahnsinns" Entmündigter, bei dem nach 3 Jahren der Antrag auf Wiederaufhebung der Kuratel vom Gericht abgelehnt worden war und dessen Verhalten nach Aussage der Zeugen ihn mehrfach als einen „verrückten und unheimlichen Gast" erscheinen ließ, wurde als „zwar wohl nicht von völlig gesundem Geisteszustande", aber doch nicht für seiner freien Selbstbestimmung beraubt erachtet, weil die Polizeibehörde berichtete, die Mietgeber hätten keinerlei Geistesstörung bei ihm wahrgenommen.

Das Bundesamt hat, wie eine Entscheidung aus dem September 1908 ausführt (XLI 25), „in ständiger Rechtsprechung daran festgehalten, daß der Mangel freier Selbstbestimmung nicht schon da anzunelmen ist, wo Wahnvorstellungen u. dgl. vorliegen", und daß „hätten Tatsachen angeführt werden müssen, aus welchen der Mangel freier Selbstbestimmung hervorgegangen wäre".

In dieser Entscheidung wird ebenso wie in anderen aus dem Umstande, daß jemand seiner Arbeit nachgegangen und sich seinen Lebensunterhalt erworben hat, der Schluß begründet, daß die freie Selbstbestimmung nicht ausgeschlossen war. „Wahnideen unschädlicher Natur" berauben nicht jemand der freien Selbstbestimmung (1877 VIII 19).

Ein Beispiel für diese Auffassung findet sich in der Entscheidung vom 8. Februar 1890 (XXII 2). Ein Dienstmädchen, das unter der Wahnidee stand, es könne ohne Erlaubnis eines Lakaien sich nicht von B. entfernen, weil Geld von einer fürstlichen Person gerade nach B. geschickt werde, zog aber

doch ohne äußere Beeinflussung von B. weg. Das Bundesamt nahm an, der Wechsel des Wohnsitzes sei also nicht ein durch Wahnvorstellungen innerlich erzwungener gewesen und somit habe ein Mangel der freien Selbstbestimmung nicht vorgelegen.

Besonders interessant ist die Begründung des Vorhandenseins der freien Selbstbestimmung bei einem Querulanten, der wegen Belästigungen der Behörden in eine Irrenanstalt gebracht und entmündigt wurde, dann entwich und sich 7 Jahre an verschiedenen Orten in der Schweiz, kurze Zeit auch in Holland und Belgien aufhielt. „Die Zahl der Orte des Auslandes, an denen er nach seiner Angabe sich aufgehalten, ist zwar eine nicht geringe, andererseits ist aber die Dauer des Aufenthalts in einer Reihe dieser Orte (Genf 5 Monate, Basel ca. 1 Jahr, Bern 1 1/4 Jahr, zuletzt Zürich 1 Jahr 7 Monate) eine immerhin so beträchtliche, daß von einem beständigen sinn- und ziellosen Umhertreiben nicht gesprochen werden kann. Es mag sein, daß der Beweggrund des Wechsels des jeweiligen Aufenthaltsortes darin zu finden ist, daß W. den durch seine Schmähbriefe veranlaßten polizeilichen Nachforschungen nach seiner Person sich entziehen wollte; der in dieser Weise hervorgerufene Entschluß des Aufenthaltswechsels kann aber als ein der freien Selbstbestimmung entbehrender ohne weiteres keineswegs bezeichnet werden. Liegen hiernach ausreichende tatsächliche Momente für die Annahme des Mangels freier Selbstbestimmung nicht vor, so kann auch dem vom Kläger zum Nachweise dieses Mangels beigebrachten ärztlichen Gutachten eine ausschlaggebende Bedeutung um so weniger beigemessen werden, als für die Würdigung der Frage der freien Willensbestimmung bei Wahl des Aufenthalts eine Reihe von Momenten, welche nicht der ärztlichen Beurteilung anheim fallen, von Wichtigkeit und Einfluß ist" (1892 XXV 4).

Man wird es als begreiflich und auch nicht unbegründet erachten, daß in diesem Falle der ärztliche Sachverständige den Wechsel des Aufenthalts als eine Folge des Krankheitszustandes aufgefaßt hatte. Denn ohne die krankhaft bedingten Schmähbriefe würde der Kranke, wie auch das Bundesamt anzunehmen gewillt scheint, seinen Aufenthalt wohl nicht so häufig gewechselt haben.

Entsprechend seiner Anschauung betreffend chronisch-paranoische Zustände erachtet das Bundesamt auch bei periodischem Auftreten von Wahnideen und von Melancholie die freie Selbstbestimmung nicht ohne weiteres für ausgeschlossen (1876 VII 6). In einem Falle von „periodischem Auftreten von Anfällen von Irrsinn", war „näheres über die Dauer der Anfälle nicht bekannt" und deshalb war man nach Ansicht des Bundesamtes „nicht berechtigt, eine Gesamtdauer zu unterstellen, welche es verhindert hätte, den Unterstützungswohnsitz zu erwerben" (1881 XIII 8).

Hochgradige oder ungewöhnlich große geistige Beschränktheit schließt nicht die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthalts aus (XIII 10 und XIX 13).

Aber ein hoher Grad von Schwachsinn, mag er angeboren oder erworben sein, hebt die Fähigkeit, den Wohnsitz selbst zu wählen, auf. In einer Reichsgerichtsentscheidung vom 20. Juni 1912 heißt es: „Mangelt einer Person zufolge Willensschwäche jeder bestimmte Entschluß, so kann sie einen Wohnsitz nicht begründen". So kam auch ich vor einigen Jahren bei der Begutachtung eines hochgradig schwachsinnigen Mädchens, das sich willenlos von den Angehörigen aus einer Stadt in die andere mitnehmen ließ, zu dem Schlusse, daß es selbst unfähig sei, einen Entschluß zu fassen und sich unter richtiger Beurteilung der Verhältnisse für oder gegen eine Übersiedelung zu entscheiden.

Weiter ist nach den Entscheidungen des Bundesamts ein Taubstummer mit geringer geistiger Begabung nicht ohne weiteres unfähig, seinen Wohnsitz zu wählen, selbst dann nicht, wenn er unter Kuratel gestellt ist (1875 VI 4 und 1886 XIX 16). „Denn Taubstummheit ist nicht notwendig mit solcher Geistesschwäche verbunden, welche die freie Selbstbestimmung zweifelhaft erscheinen läßt."

Die Beziehungen zwischen Entmündigung und freier Selbstbestimmung sind nicht so einfach, wie es nach Arnoldt erscheinen mag, der annimmt, „daß alle diejenigen, welche wegen ‚krankhafter Störung ihrer Geistestätigkeit' — mag dieselbe die Firma des ‚Wahnsinns' oder ‚Blödsinns' oder einen sonstigen Namen tragen — bevormundet sind, während der Dauer der Vormundschaft ohne weiteren Beweis absolut unfähig erscheinen, im Sinne des § 12 selbständig einen Aufenthalt zu nehmen oder fortzusetzen". Denn schon 1873 entschied das Bundesamt: Bevormundete Blödsinnige (im Sinne des Landrechts) entbehren keineswegs der Willensfähigkeit, sondern nur der rechtlichen Selbständigkeit (Dispositionsfähigkeit) gleich den unter Kuratel stehenden Verschwendern und den in väterlicher Gewalt befindlichen Personen, ein Mangel, welcher weder nach älterem noch nach neuerem Recht den Erwerb oder Verlust des Unterstützungswohnsitzes beeinträchtigt (III 36). Daß auch die Entmündigung wegen „Wahnsinns" (im Sinne des Landrechts) nicht an sich ein Fehlen der freien Selbstbestimmung mit sich brachte, geht aus der oben ange-

führten Entscheidung des Bundesamts aus dem Jahre 1886 hervor. Übertragen auf den Wortlaut des § 6 BGB. würde also die Entmündigung wegen Geisteskrankheit ebensowenig wie die wegen Geistesschwäche genügen, die freie Selbstbestimmung im Sinne des § 12 des Unterstützungswohnsitzgesetzes aufzuheben.

In meinem letzten Gutachten habe ich schon darauf hingewiesen, daß die Entmündigung wegen Trunksucht für sich allein nicht genügt, um den Mangel freier Selbstbestimmung als feststehend anzusehen.[6]) Kuratel wegen Verschwendungssucht hebt ebenfalls die freie Selbstbestimmung nicht auf (1877 VIII 22).

Die verschiedenen Entscheidungen lassen den Schluß zu, daß das Bundesamt die Wahl des Aufenthalts nicht einem Rechtsgeschäft der Willenserklärung einer Privatperson, die ein Rechtsgeschäft begründen will (Schulte), gleichstellt. Denn nach § 104, 3 BGB. ist ein wegen Geisteskrankheit Entmündigter geschäftsunfähig, d. h. unfähig, Rechtsgeschäfte vorzunehmen. Und weiter heißt es in § 8: Wer geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt ist, kann ohne den Willen seines gesetzlichen Vertreters einen Wohnsitz weder begründen noch aufheben.

Das Bundesamt setzt für den Ausschluß der freien Selbstbestimmung „mangelnde Willensfähigkeit" voraus: mangelnde oder beschränkte Geschäftsfähigkeit (Dispositionsfähigkeit) genügt dazu nicht; dies kommt auch im Kommentar von Wohlers und Krech zum Ausdruck.

In meinem vierten Gutachten, das ich vor Kenntnis der sämtlichen Entscheidungen des Bundesamts erstattete, hatte ich ausgeführt, daß, wenn der Kranke wegen „Geisteskrankheit" entmündigt gewesen wäre, die Frage nach dem Ausschluß der freien Selbstbestimmung hätte bejaht werden müssen. Dieser Satz, dessen Wegfall übrigens an dem Endresultat des Gutachtens nichts geändert haben würde, entspricht also nicht den Entscheidungen des Bundesamtes und man wird daher eine solche Ansicht in den Gutachten nicht vertreten dürfen.

Somit dürfte es nach den Entscheidungen des Bundesamtes darauf hinauskommen, daß ein Entmündigter die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes möglicherweise haben kann, aber ohne den Willen seines Vormundes einen Wohnsitz nicht zu begründen vermag.

[6]) Bei Eger (Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz. V. Aufl. 1908) findet sich S. 95 der sinnentstellende Druckfehler „auszuschließen" statt „als feststehend anzusehen".

Man muß demnach der Ansicht Schotts beipflichten, daß die Fähigkeit der freien Selbstbestimmung im Gesetz als ein besonderes geistiges Vermögen angesehen wird und daß weder eine Form der Geisteskrankheit oder der geistigen Schwäche noch die Tatsache der Pflege oder Entmündigung, endlich auch nicht der Begriff der Anstaltsbedürftigkeit an sich zur Bejahung oder Verneinung der hier in Betracht kommenden Frage genügen.

Trotzdem das Bundesamt in der angeführten, einen Querulanten betreffenden Entscheidung (XXV 4) von der freien Willensbestimmung bei Wahl des Aufenthaltsortes spricht, darf man daraus nicht entnehmen, daß das Bundesamt die freie Selbstbestimmung des Unterstützungswohnsitzgesetzes der freien Willensbestimmung des Strafgesetzes gleichstellen wollte. Während das Strafgesetzbuch eine die freie Willensbestimmung ausschließende Geistesstörung zur Zeit der Tat überhaupt als strafausschließendes Moment ansieht und also nicht den Zusammenhang der Tat mit der Geistesstörung erbracht haben will, verlangt das Bundesamt in Fällen, wie den erwähnten, nicht nur den Nachweis einer geistigen Störung zur Zeit des Wohnsitzwechsels, sondern auch den strikten Nachweis seines Zusammenhanges mit den bestehenden Wahnideen.

Der Begutachtung erwachsen dadurch größere Schwierigkeiten als im Strafverfahren. Man wird bei geistig soweit geordneten Kranken genau nachforschen müssen, welche Motive bei dem Aufenthaltswechsel mitgewirkt haben. Näcke hat des Näheren erörtert, daß man nur von Fall zu Fall entscheiden kann, daß da, wo es sich um fixe Wahnideen handelt, die das eigene Ich nur wenig oder gar nicht berühren und gemütlich kaum betont werden, die gewöhnlichen Handlungen ganz richtig begründet sein können, also auch ein Aufenthaltswechsel, daß aber da, wo das eigene Ich im Größen- und Verfolgungswahn verändert ist, besonders wenn Sinnestäuschungen mitspielen, die freie Selbstbestimmung fraglich wird.

Wahnideen, die sich auf die Untreue der Ehefrau allein beschränken, würden die freie Selbstbestimmung nicht ausschließen, wohl aber Vorstellungen von Verfolgtwerden, wie in den beiden Fällen von Näcke und Schultze, wo die Kranken unter dem Einfluß dieser Ideen ihren Wohnsitz wechselten. Dem, was Näcke über die Schwierigkeit, die Motive einer Handlung, selbst bei Normalen, zu erkennen, über den Anteil, welchen Leichtsinn, Impulsivität, Abenteuerlust, Aberglaube besonders leicht unter Ungebildeten gerade beim Aufenthaltswechsel, ferner auch Krank-

heit, Ermüdung usw. haben, und über Gedächtnisfehler bei späteren Rekapitulierungen der Gründe zu einer Handlung sagt, kann man nur beistimmen.

Die Schwierigkeiten werden dadurch noch vermehrt, daß, wie schon erwähnt, das Gutachten nicht selten erst eine Reihe von Jahren nach der Wahl des Wohnsitzes eingefordert wird und daß eine Untersuchung der Person nicht möglich ist.

Der Nachweis des Fehlens der freien Selbstbestimmung, die in letzter Linie Willensfähigkeit als rechtlich existent voraussetzt (Arnoldt), ist in den Fällen, wo Jemand in einem Zustand von Verwirrtheit, in einem hysterischen oder epileptischen Dämmerzustände oder einem anderen poriomanischen Anfalle seinen Aufenthaltsort gewechselt hat, im Allgemeinen leicht. Nicht so leicht gestaltet sich die Beurteilung bei beginnender Paralyse oder für den Anfang einer Dementia praecox. Wir werden uns mit der Annahme einer Wahrscheinlichkeit begnügen müssen. In den Fällen von manisch-depressivem Irresein ist der Nachweis zu führen, ob der Ortswechsel durch krankhafte Stimmungen allein oder doch vorwiegend verursacht ist.

Zustände von leichtem Schwachsinn kommen für die Beschränkung der freien Selbstbestimmung nicht in Betracht, mögen sie angeboren oder später zustande gekommen sein. Großes Gewicht wird vom Bundesamt darauf gelegt, ob eine Person fähig ist, ihren Lebensunterhalt zu erwerben. Auch Schott scheint bei Abfassung seines Gutachtens unter den Gründen für das Vorhandensein der freien Selbstbestimmung gerade dem Umstande, daß der Kranke trotz seiner geistigen Schwäche in Arbeit stand und für seinen Lebensunterhalt zu sorgen vermochte, mehr oder weniger ausschlaggebende Bedeutung beigemessen zu haben.

Daß mechanische Arbeit unter Leitung nicht ohne Weiteres gleichbedeutend ist mit der Fähigkeit für den Lebensunterhalt zu sorgen, bedarf keiner näheren Erörterung, da in den Anstalten unter Verblödeten bekanntermaßen nicht selten fleißige Arbeiter zu finden sind.

Nach einer Entscheidung des Sächs. Oberverwaltungsgerichtshofs (zitiert bei Wohlers-Krech und Schott) hat die wirtschaftliche Selbständigkeit einer Person nicht einmal notwendig zur Folge, daß freie Selbstbestimmung anzuerkennen ist, — so bei einem beurlaubten Geisteskranken. Andererseits kann man sich vorstellen, daß Jemand, der wegen geistiger Störung unfähig ist, seinen Lebensunterhalt zu verdienen, doch die freie Selbstbestimmung besitzen kann.

Durch den Eintritt in eine Irrenanstalt wird ein Aufenthalt im Sinne des Gesetzes nicht begonnen. Der Aufenthalt in einer Anstalt hat als solcher keinen Einfluß auf die Annahme eines Bestehens oder Fehlens der freien Selbstbestimmung. Sind doch auch nicht für alle Anstaltskranke die Voraussetzungen zur Entmündigung gegeben, nicht jeder Anstaltskranke ist geschäftsunfähig. Also trifft die Arnoldt'sche Gesetzesauslegung, daß Kranke, welche, wenn auch bei sonst voller Willensfähigkeit wider ihren Wunsch in einer Anstalt untergebracht sind, als im Sinne des § 12 des Bundesgesetzes der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthalts entbehrend anzusehen seien, nicht zu.

Das Verlangen eines Kranken, aus der Anstalt entlassen zu werden, wird unter Umständen als ein Beweis gegen die Ausschließung der freien Selbstbestimmung mit herangezogen werden müssen.

Durch Wilmanns u. A. wissen wir, wie viele geistig Abnorme unter den Vagabunden sind; um dem Gesetz gerecht zu werden, darf man aber nicht in dem unsteten Leben ohne festen Wohnsitz den Hauptgrund erblicken, solchen Individuen die freie Selbstbestimmung abzusprechen.

Ich habe mich vielleicht etwas zuweit auf das juristische Gebiet hinausgewagt, ich bezweckte damit, für den psychiatrischen Sachverständigen zu begründen, daß nichts anderes, als der Grad der geistigen Erkrankung den Ausschlag für die Annahme des Vorhandenseins oder Fehlens der freien Selbstbestimmung im Sinne des Reichsgesetzes über den Unterstützungswohnsitz geben darf.

Nur eine Person, die auf Grund von psychisch-krankhaften Zuständen unfähig ist, eine Übersiedlung an einen anderen Ort zu überlegen, zu wollen und selbständig zu besorgen, entbehrt der freien Selbstbestimmung. Der Beweis des Fehlens eines richtigen Wollens, der Willensfähigkeit und Willensfreiheit ist der alleinige Gegenstand der psychiatrischen Begutachtung.

Zweckmäßig wird der Sachverständige zuerst den Begriff der Geschäftsunfähigkeit im Sinne des § 104 BGB. in Erwägung ziehen, aber sich weiter klar machen, daß die Geschäftsunfähigkeit allein nicht genügt, daß die Rechtsprechung mehr verlangt. Auf den Ausschluß der freien Selbstbestimmung kann nur dann geschlossen werden, wenn entweder Wahnideen den Entschluß zum Aufenthaltswechsel verursacht haben oder wenn infolge von Verwirrtheits- und Benommenheitszuständen oder von geistiger Schwäche hohen Grades eine richtige Willenstätigkeit nicht möglich ist.

Nachtrag.

Während des Druckes vorstehender Ausführungen erhielt ich Kenntnis von der eben erschie-

nenen Arbeit Liepmanns über das gleiche Thema in der „Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten", woraus ich einige Punkte kurz hervorheben möchte.

Auch Liepmann ist wie mir die zu weit gehende Bewertung der Zeugenaussagen in den bundesamtlichen Entscheidungen aufgefallen und er betont, daß, wenn auch die von Laien mitgeteilten Tatsachen für die Beurteilung des Geisteszustandes einer Person belangreich sind, doch die Urteile von Laien, besonders ungebildeten Laien über Freiheit der Wahl des Aufenthaltes oder über Geisteskrankheit nicht ins Gewicht fallen, jedenfalls nicht geeignet sind, entgegenstehende Urteile von sachverständigen Ärzten zu entkräften.

Bemerkenswert sind die kritischen Bemerkungen über die Selbststellung in einer Irrenanstalt, wodurch das Bundesamt die freie Selbstbestimmung eines entarteten Alkoholisten beweisen wollte.

Liepmann gibt eine weitere Entscheidung des Bundesamtes ausführlich wieder, die erst in diesem Jahre erlassen ist und mir noch nicht zugängig war. Die in ihr enthaltenen Ausführungen sind um so wichtiger, als sie, wie ausdrücklich gesagt wird, der vom Bundesamt in ständiger Praxis dem § 12 UWG. gegebenen Auslegung entsprechen. Das Bundesamt nimmt in diesem Falle nur Beschränktheit des Begriffsvermögens mit geringen Kenntnissen von der umgebenden Welt an, während es sich nach den Gutachten der Ärzte um Idiotie handelte; die 44 jährige Person konnte nicht einmal zählen und mußte auf ihren Gängen zur Arbeit begleitet werden, „damit sie nicht ihre eigenen Wege gehe". Nach der Auffassung des Bundesamts erfordert die auf den Wechsel des Aufenthaltsorts gerichtete Willensbildung „eine verhältnismäßig einfache Gedankenoperation. Die den Wechsel vollziehende Person braucht sich nur der Verschiedenheit der beiden Orte bewußt zu sein und den Willen zu bilden vermögen, daß sich ihr Leben fortan anstatt an dem bisherigen an dem zweiten Orte abspiele. Welche Motive für den Aufenthaltswechsel maßgebend sind, ist unerheblich". „Der § 12 UWG. will nur die Fälle treffen, wo jemand entweder des eigenen Willens völlig entbehrt oder wo der vorhandene eigene Wille bei der Wahl des Aufenthalts infolge äußeren Zwanges sich nicht durchsetzen kann."

Wir Psychiater können diesen Standpunkt nicht teilen, für uns ist es nicht unerheblich, welche Motive bei dem Aufenthaltswechsel maßgebend sind, wir erblicken in einem krankhaften Motiv einen Faktor, der wohl imstande ist, die Freiheit der Selbstbestimmung aufzuheben. Denn es gibt nicht nur einen äußeren, sondern auch einen inneren Zwang, eine durch geistige Störung bedingte innere Unfreiheit. Liepmann definiert dementsprechend die freie Selbstbestimmung richtig als eine Selbstbestimmung, die wesentlich vom Einfluß krankhafter psychischer Bedingungen frei ist.

Vorläufig haben wir bei Abfassung der Gutachten mit dem Standpunkt des Bundesamts zu rechnen, brauchen ihm aber eine abweichende Überzeugung nicht zu opfern und müssen Liepmann beistimmen, wenn er es nicht nur für unser Recht, sondern unsere Pflicht erklärt, den richterlichen Spruchbehörden unsere Stellung zu einer Materie, in der wir kraft unserer Sachkenntnis zur Aufklärung berufen sind, eindringlich darzulegen.

Mitteilungen.

— **Aufruf zur Errichtung eines deutschen Alkohol-Forschungs-Institut.** Die Zusammenfassung wissenschaftlicher Arbeitspläne und Kräfte führt zu Erfolgen; das beweisen die Fortschritte in dem Wesen und in der Ursache der ansteckenden Krankheiten und der bösartigen Geschwülste seitens der Forschungsinstitute — nicht nur in Deutschland.

Diese grundsätzliche Erfahrung ist bislang an einer der wichtigsten Volkskrankheiten, der Trunksucht, dem Alkoholismus noch nirgends erprobt worden; systematische Arbeiten auf diesem Gebiete mit großen Mitteln, geschulten Arbeitskräften, neuen Methoden, stellen ein dringendes Bedürfnis dar. In den Vereinigten Staaten Nordamerika, in Rußland, sind solche Einrichtungen im Entstehen begriffen; Deutschland darf nicht zurückbleiben; sterben doch bei uns jährlich 30000 Menschen unmittelbar und mittelbar an den Folgen des Mißbrauchs geistiger Getränke und viel mehr noch erkranken alljährlich; sie belasten den Staat, die Gemeinden, die Sozialversicherung; sie wandern in Siechenanstalten, in die Gefängnisse, ins Elend und wirken entsittlichend, verschlechternd auf die Gesellschaft, Familie und Nachkommenschaft.

Dieser Volkskrankheit in planvoll geleiteten Instituten wissenschaftlich, d. h. tendenzfrei entgegenzuarbeiten, ist nicht nur allgemeine Menschenpflicht, diese Krankheit zu verhüten ist auch wirtschaftlich rationeller, als sie, wenn schon ausgebrochen, mit Aufwand großer Mittel zu kurieren.

Solch ein Forschungsinstitut soll vor allem die Wirkungen des Alkohols auf den menschlichen und tierischen Organismus, den gesunden und den kranken, mit neuen

Methoden studieren; letzteres im Anschluß an eine Alkohol-Kranken-Abteilung, um in biologischer Richtung die klinische Beobachtung zu ergänzen und zu vertiefen. Sammelforschungen über die Bedeutung des Alkohols in medizinalstatistischer und forensischer Hinsicht liegen in der gleichen Arbeitslinie.

Solch ein Institut bedeutet aber auch den ersten Schritt auf einem neuen Wege, die Nerven- und Geisteskrankheiten, welche die Existenz und Qualität aller Kulturvölker bedrohen, auf ätiologisch-experimenteller Grundlage zu bekämpfen und zu vermindern. Gilt der Alkohol doch als eins der stärksten Keimgifte. Auf diesem Wege wird es gelingen, allmählich die asozialen, widerstandsunfähigen, minderwertigen Glieder unserer Gesellschaft auszuschalten, und für das Endziel aller Hygiene, für die Aufbesserung und die Höherentwicklung von Rassen, Stämmen und Familien neue Waffen zu schmieden.

Wiesbaden, im September 1913.

Prof. E. Abderhalden, Halle. G. M.-R. Prof. G. Anton, Halle. Dr. W. Arning, Hannover. Prof. G. Aschaffenburg, Köln. Dr. Bayerthal, Worms. Prof. Dr. A. Bethe-Kiel. Prof. M. Bielschowsky, Berlin. G. R.-R. Prof. Dr. Binswanger, Jena. Prof. A. Blaschko, Berlin. Prof. L. Brauer, Hamburg-Eppendorf. Prof. K. Brandenburg, Berlin. Dr. K. Brendel, München. Oberarzt Dr. Bresler, Lüben i. Schlesien. Prof. Th. Brugsch, Berlin. Prof. R. Bumm, Berlin. Dr. Buttersack, Heilbronn. Prof. Dr. Cassirer, Berlin. Prof. O. Cohnheim, Hamburg-Eppendorf. Dr. E. Colla, Bethel-Bielefeld. Ober-Arzt Dr. Curschmann, Mainz. G. M.-R. Prof. V. Czerny, Exz., Heidelberg. Dr. A. Delbrück, Bremen. Prof. Th. Deneke, Hamburg. Prof. Dreesmann, Köln. a. Rh. Prof. E. Frh. v. Dungern, Hamburg-Eppendorf. Prof. Dr. Paul Ehrlich, Exz. Frankfurt a. Main. Prof. Edinger, Frankfurt a. M. G. S.-R. Dr. Erlenmeyer, Benndorf a. Rh. G. M.-R. Prof. Alb. Eulenburg, Berlin. G. M.-R. Prof. C. A. Ewald, Berlin. S.-R. Dr. A. Fauser, Stuttgart. Prof. Dr. E. Faust, Würzburg. G. M.-R. Dr. F. Fischer, Pforzheim. G. M.-R. Prof. C. Flügge, Berlin. Dr. A. Fränkel, Badenweiler. G. M.-R. Prof. C. Fränken, Halle a. S. Prof. E. Friedberger, Berlin. Prof. A. Friedländer, Hohe Mark. Prof. A. v. Froriep, Tübingen. G. S.-R. Dr. Ganser, Dresden. Prof. Gaupp, Tübingen. S.-R. Dr. Gaye, Stettin. G. M.-R. Prof. Goldscheider, Berlin. G. H.-R. Prof. R. Gottlieb, Heidelberg. Dr. A. Gottstein, Charlottenburg. Prof. Grober, Jena. Prof. A. Grotjahn, Berlin. Prof. P. v. Grützner, Tübingen. G. M.-R. Prof. Dr. Gumprecht, Weimar. Dr. H. Haenel, Dresden. G. M.-R. Prof. v Hansemann, Berlin. G. M.-R. Prof. A. Heffter, Berlin. A. Hegar, Exz., Freiburg i. Breisgau. Prof. L. Heim, Erlangen. Prof. R. Henneberg, Berlin. Prof. Heilbronner, Utrecht. G. M.-R. Prof. Hertwig, Berlin. G. M.-R. Prof. W. His, Berlin. Dr. Hoeniger, Halle a. S. G. M.-R. Prof. Fr. Alb. Hoffmann, Leipzig. Prof. Aug. Hoffmann, Düsseldorf. Dr. H. Hoppe, Königsberg i. Pr. Privatdoz. Dr. P. Hübschmann, Leipzig. Dr. Keßler, Gotha. Prof. H. Kionka, Jena. Prof. G. Klemperer, Berlin. Prof. Dr. G. Köster, Leipzig. Prof. W. Kolle, Bern. M.-R. Dr. Kommerell, Waiblingen. Prof. Feodor Krause, Berlin. Prof. Paul Krause, Bonn a. Rh. Prof. B. Krönig, Freiburg. Prof. W. Kruse, Leipzig. Prof. M. Laehr, Zehlendorf-Beriln. Dr. B. Laquer, Wiesbaden. Prof. Ad. Lazarus, Berlin-Charlottenburg. Prof. K. B. Lehmann, Würzburg. Prof. H. Leo, Bonn. Dr. Leonhart, Kiel. Exz. G. H.-R. Prof. Dr. v. Leube, Stuttgart. G. M.-R. Prof. Lichtheim, Bern. Prof. v. Lingelsheim, Beuthen i. O.-S. G. M.-R. Prof. Lubarsch, Kiel. G. M.-R. Prof. R. Marchand, Leipzig. Prof. R. Magnus, Utrecht. G. M.-R. Prof. Dr. Martius, Rostock. Dr. Menche, Rheydt. Dr. K. Mendel, Berlin. G. M.-R. Prof. E. Meyer, Königsberg. Prof. C. von Monakow, Zürich. Dr. Mugdan, Berlin. Prof. E. Neißer, Stettin. Ober-Arzt Dr. Nonne, Hamburg-Eppendorf. Prof. H. Obersteiner, Wien. Prof. H. Oppenheim, Berlin. Prof. N. Ortner, Wien 1. Prof. H. Paeßler, Dresden. Dr. E. Pagenstecher, Wiesbaden. G. M.-R. Prof. Pelman, Bonn. G. H.-R. Prof. Penzoldt. Erlangen. G. M.-R. Prof. R. Pfeiffer, Breslau. Dr. A. Pfleiderer, Ulm. Prof. Dr. Fr. Pick, Prag. Dr. Alfr. Ploetz, München. Dr. Poensgen, Bochum. G. M.-R. Prof. C. Posner, Berlin. Prof. Pröbsting, Köln. G. Reg.-R. Pütter, Berlin. Prof. G. Puppe, Königsberg i. P. Universitäts-Dozent Dr. Quensel, Leipzig. Ob. A. Dr. v. Rad, Nürnberg. Prof. Raecke, Frankfurt a. M. G. R.-R. Prof. Raymund, Minden i. W. Dr. H. Röder, Elberfeld. O.-A. Dr. Röpke, Melsungen. Prof. G. Rosenfeld, Breslau. Prof. H. Rosin, Berlin. Prof. M. Rothmann, Berlin. Prof. Th. Rumpf, Bonn. Dr. Ruschmann, Oldenburg. Ob.-A. Dr. A. Saenger, Hamburg-St. Georg. S. M.-R. Prof. Dr. H. Sattler, Leipzig. G. S.-R. Dr. F. Schaefer, Lengerich i. W. Prof. Schattenfroh, Wien. G. M.-R. Prof. Dr. F. Schenck, Marburg. Prof. Dr. Schloßmann, Düsseldorf. Prof. Dr. Ad Schmidt. Halle a. S. G. H.-R. Professor H. Schüle, Illenau. Professor Schüle, Freiburg. Prof. E. Schultze, Göttingen. Geh. Med.-Rat Professor Fr. Schultze, Prof. J. Schwalbe, Berlin. Dr. E. Seiffert, Beuthen O.-S. G. S.-R. Dr. Selberg, Berlin. G. M.-R. Prof. Siemerling, Kiel. Dr. Snell, Lüneburg. Med.-Rat Solbrig, Königsberg i. Pr. G. M.-R. Prof. R. Sommer, Gießen. H. Dr. B. Spatz, München. Prof. Specht, Erlangen. Prof. E. Stadelmann, Berlin. Dr. F. Stähler, Siegen. Ob.A. Dr. Stich, Nürnberg. G. M.-R. Prof. Straßmann, Kiel. Prof. H. Strauß, Berlin. G. M.-R. Prof. L. v. Strümpell, Leipzig. Dr. W. Struve, Kiel. Prof. Traupel, Frankfurt a. M. G. M.-R. Prof. Tuczek, Marburg. Prof v. d. Velden, Düsseldorf. Prof. M. Verworn, Bonn. Prof. W. Weichardt, Erlangen. Prof. Weichselbaum, Wien. Dr. Weinberg, Stuttgart. Prof. W. Weintraud, Wiesbaden. Geh. M.-R. Prof. A. Westphal, Bonn. Geh. M.-R. Prof. E. Wer-

nicke, Posen. Prof. W. Weygandt, Hamburg-Friedrichsberg. Prof. Dr. K. Wilmanns, Heidelberg. San.-Rat Prof. Dr. Widenmann, Danzig-Langfuhr. Prof. Dr. Wollenberg, Straßburg. G. M.-R. Prof. Th. Ziehen, Wiesbaden. Prof. E. Ziemke, Kiel. Prof. F. Zinßer, Köln.

Zustimmungserklärungen und Beiträge zur Förderung der Alkohol-Forschungs-Institute nimmt der „Arbeitsausschuß" (Dr. B. Laquer), Wiesbaden, Taunusstraße 52, entgegen.

Referate.

— Behr, Direktor Dr. med. Albert: Bericht über die ersten vier Jahre des Bestehens der Livländischen Landesheil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke in Stackeln (1907 bis 1910). (Sonder-Abdruck aus der St. Petersburger Med. Zeitschrift 1912 Nr. 13.)

Aus dem sehr interessanten Bericht sei nur folgendes hervorgehoben: Lues und Alkoholismus spielen bei den Insassen der Anstalt ätiologisch keine große Rolle, da diese meist der Landbevölkerung entstammen; dagegen nimmt das Äthertrinken bei dieser deutlich zu. Verf. selbst ist der Meinung, daß „der Schreck" bei einem Menschenmaterial, das der Selbstdisziplin und der Beherrschung der Affekte entbehrt, ebenfalls für die Entstehung von Psychosen eine nicht zu unterschätzende Gefahr bedeute (wohl „auslösend" gemeint). Inwieweit der Erblichkeit in vorstehender Hinsicht eine Bedeutung zukommt, ist im Bericht absichtlich nicht erörtert, weil diesbezügliche Angaben sich immer wieder als ungenau und unzutreffend erweisen. Interessant ist weiter die Tatsache, daß die Friedhofspflege der Leitung einer weiblichen Kranken untersteht, die ihrerseits wieder geeignete Patienten zur Seite hat.

Therapeutisch wird das Dauerbad viel angewendet; das sehr kalkhaltige Badewasser führte aber leider zu Entzündungen und Mazerationen. Das Publikum selbst steht dort den Dauerbädern unfreundlich gegenüber, da die Kurpfuschen und „Halbdoktore" Geisteskranke mit Wasser oft barbarisch mißhandeln; die Paralyse wird seit 1 ½ Jahren systematisch mit Tuberkulin behandelt; sehr gering ist die Anwendung der Isolierung und der Schlafmittel. Recht empfehlenswert erscheint die Tuberkuloseprophylaxe durch systematischen Bewegungsunterricht an heilgymnastischen Apparaten; auch der Arbeitstherapie wendet man seine ganze Aufmerksamkeit zu. Bei schwereren Außenarbeiten führen Pfleger, bei leichteren weibliche Pflegepersonen die Aufsicht; man ist auch zur Gründung einer landwirtschaftlichen Kolonie geschritten.

Das Krankenmaterial selbst wechselt verhältnismäßig stark bes. deshalb, weil Kranke, bei denen der Augenblickserfolg ausbleibt,, sofern sie nicht gemeingefährlich sind, wieder nach Hause geholt werden oder nach geringer Besserung wieder ins Armenhaus kommen oder für den niedrigsten Verpflegssatz an einen beliebigen Bauerwirt meistbietend versteigert werden, um so sehr bald von neuem in ein menschenunwürdiges Dasein zurückzusinken. Die Gemeinden glauben nur moralisch verpflichtet zu sein, für heilbare Kranke zu sorgen.! ! Heinicke-Großschweidnitz.

Personalnachrichten.

— **Haina.** Am 10. November d. Js. schied Medizinalpraktikant Kerl aus dem Dienst der hiesigen Anstalt und am 1. d. Mts. trat Medizinalpraktikant Theodor Wedemeyer aus Bolzum ein.

Anhang.

Die für den praktischen und Anstaltsarzt zur Syphilisdiagnose verwendbaren Serum- und Kutanreaktionen.

Von Oberarzt Dr. **Bresler**, Lüben i. Schlesien.

(Fortsetzung.)

Jensen und Feilberg[6]) schildern die Umständlichkeit der Wassermannschen Reaktion, die Prof. Salomonsen einen „modernen Hexenkessel" genannt habe, „in welchem man fünf mehr weniger mystische Ingredienzen mische und nachher ablese, ob ein Mensch Syphilis habe oder nicht." Man brauche jedesmal ein Meerschweinchen, das man zur Gewinnung des für eine Reihe Proben hinreichenden Quantums Serum zum Tode zur Ader lassen müsse. Man müsse ein oder besser mehrere Schafe haben, da erfahrungsgemäß häufige Aderlässe das Verhältnis der Blutzellen gegenüber der Reaktion ändern; häufige Aderlässe seien aber unvermeidlich, da man sowohl für die Reaktion als auch für die Einspritzung in Kaninchen Blut braucht, um in diesen das hämolytische Kaninchenimmunserum zu produzieren, das auch eine Bedingung für die Reaktion ist. Man müsse eine nicht zu schwierige Gelegenheit haben, sich Menschenherzen zu verschaffen, da diese recht häufig zur Darstellung des alkoholischen Herzmuskelextraktes, des soge-

[6]) Von der klinischen Bedeutung der Syphilisreaktion von Herman und Perutz verglichen mit Wassermann. Von Privatdozent Wilh. Jensen, Vorsteher der bakteriologischen Abteilung am Universitätsinstitut f. allgemeine Pathologie, und Dr. Johann Feilberg, Assistenzarzt an der dermatologischen Abteilung des Kommunehospitals. Vortrag, gehalten am 21. Februar 1912 in der medizinischen Gesellschaft zu Kopenhagen. Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 23, 3. Juni, S. 1086.

nannten Antigens, dessen Haltbarkeit recht beschränkt sei, benutzt werden. Zentrifugieren und Auswaschen der Schafblutzellen beanspruche lange Zeit. Zur Prüfung der einzelnen Faktoren seien Vorversuche notwendig, wenn man sicher sein wolle. Endlich sei die Ausführung der Reaktion selbst recht langsam, minutiös und schwierig. Nach Boas (Die Wassermannsche Reaktion 1911) lasse sie zahlreiche Fehlschlüsse zu. Nur von serologisch ausgebildeten Untersuchern könne die Wassermannsche Reaktion angestellt und das Resultat richtig beurteilt werden. Es sei durchaus notwendig, die Untersuchung geeigneten Zentraldiagnosestationen zu überweisen.

Verff. haben 153 Blutproben von 135 Patienten der 4. Abteilung des Kommunehospitals in Kopenhagen untersucht. Bei den ersten ca. 50 Patienten diente als Kontrolle die für die Abteilung auf dem staatlichen Seruminstitut ausgeführte WR. Bei den übrigen hat Dr. W. Jensen die WR. am Institut für allgemeine Pathologie ausgeführt. Dabei wurde die im Boasschen Buche angegebene Technik genau befolgt. Bei vielen dieser Patienten liegen auch gleichzeitig im staatlichen Seruminstitut gemachte WR.en vor.

Verff. sind nur in zwei Punkten von der sonst genau befolgten Anweisung Hermans und Perutzs abgewichen. Statt in „Zimmertemperatur" wurden die Gläser im Thermostaten mit konstanter Temperatur von 21° eingestellt und anstatt von Lösung I 0,2 ccm und von Lösung II 0,2 ccm abzumessen, wurden von einer größeren Mischung der beiden Lösungen 0,4 ccm abgemessen. Dadurch wurde eine Abpipettierung erspart und vermeintlich eine größere Genauigkeit erzielt. Von den 153 Blutproben stammten 90 von Syphilitikern und 63 von Patienten, die, soweit feststellbar, nie Syphilis gehabt hatten, sondern wegen anderer Krankheiten (Gonorrhöe, Bubonen oder verschiedener Hautkrankheiten) auf der Abteilung waren. Von diesen 63 Fällen war bei 48 WR. negativ, bei den übrigen 15 war sie nicht gemacht worden. Alle 63 hatten PHR. negativ.

Von den 90 syphilitischen Blutproben stammten 30 von Patienten im Latenzstadium mit negativer WR.; die Infektion lag, mit Ausnahme eines Falles, innerhalb der letzten zwei Jahre. Bei sämtlichen 30 Fällen war auch PHR. negativ. In keinem Falle war PHR. positiv, wo das Resultat der klinischen Untersuchung und WR. negativ waren.

Unter den übrigen 60 Blutproben von Patienten mit augenblicklichem Ausbruch der Syphilis war bei 55 WR. positiv, bei 5 war WR. nicht angestellt worden. Von diesen 60 war bei 43 PHR. positiv, 17 negativ. Bei diesen 17 Blutproben lagen jedoch besondere Verhältnisse vor: 4 waren Doppelproben bei denselben zwei Patienten, in kurzen Zwischenräumen vorgenommen; der eine Patient hatte einen ersten Ausbruch und wurde mit 22 und 25 Schmierkuren behandelt, der andere hatte 1909 Syphilis akquiriert und war, ohne irgendwelches gegenwärtiges Symptom von Syphilis, wegen Gonorrhöe eingeliefert. Zwei Proben waren von Patienten mit tardiver hereditärer Syphilis, wobei, wie die Erfahrung gezeigt hat, auch die Resultate der WR. unsicher sind; acht ergaben sehr schwache WR., nämlich schon bei 0,1 ccm totale Hämolyse; drei waren von Patienten mit erstem Ausbruch, davon hatten zwei 16, einer 30 Schmierkuren außer 7 bis 8 cg Benzoas hydragyricus erhalten.

Von den 153 Proben [63 Nichtsyphilitiker, 30 latente Syphilitiker mit negativer WR., 43 mit klinisch sicherer Syphilis (38 mit WR. +, bei 5 wurde WR. nicht angestellt)] ergab also bei 136 PHR. das erwartete Resultat: 93 negative, 43 positive Reaktionen.

Bei den 133 auf WR. untersuchten Patienten stimmte in 116 Fällen PHR. mit WR. überein; die übrigen 17 Proben von 15 Patienten unterschieden sich dadurch, daß PHR. negativ, WR. positiv (meist aber nur schwach positiv) war.

Bei den 18 Patienten, bei welchen das Blut zweimal in Zwischenräumen untersucht wurde, ergab sich bei beiden Untersuchungen dasselbe Resultat. „Bei einem Patienten waren PHR. und WR. erst negativ, zwei Monate später, da inzwischen Ausbruch erfolgt war, positiv; bei 4 Patienten erst positiv, später, nach Behandlung, negativ. Bei dem letzten Patienten waren PHR. und WR. am 16. Dezember positiv, am 10. Januar PHR. negativ und WR. stark abgenommen und sehr schwach; einer der 17 abweichenden Fälle".

In den meisten Fällen zeigte sich eine auffallende Übereinstimmung zwischen der Stärke von PHR. und WR. Jensen und Feilberg zeigen dies an der nachfolgende Tabelle. Dieselbe ist das Resultat der Untersuchung von 20 Proben, welche am gleichen Morgen von 20 Patienten genommen und denselben Tag untersucht wurden.

Alle Blutproben von Nichtsyphilitikern und latenten Syphilitikern mit negativer WR. (93) gaben negative PHR. Die 43 positiven PHR.en entsprechen sämtlich positiver WR. Schlußfolgerung aus diesen 136 Untersuchungen: Da, wo eine positive PHR. vorliegt, hat man das Recht, die Diagnose Syphilis zu stellen

Nr.	PHR.	WR.				
		0,2	0,1	0,05	0,025	0,01
57	—	100				
58	++	—	70	100		
59	—	100				
60	+++	—	—	—	100	
61	—	100				
62	—	100				
63	—	100				
64	—	100				
65	++	—	100			
66	+	50	100			
67	—	70	100			
68	—	100				
70	++	—	20	100		
71	+	70	100			
72	—	100				
73	—	100				
74	—	100				
76	++	—	20	100		
77	+++	—	—	—	100	
78	++	—	35	100		

— = keine, + = schwache, ++ = deutliche, +++ = totale Ausflockung. Wegen der Bedeutung der Zahlen cf. Boas, Seite 31: 0 = totale, 100 = keine Hemmung der Hämolyse.

und braucht hier nicht seine Zuflucht zur WR. zu nehmen. **Wenn man also immer konsequent anfängt, die Perutzreaktion zu machen, so genügt diese, wenn die Reaktion positiv ausfällt."**

Bei negativen Reaktionen kann man ebensowenig für PHR. wie für WR. einen Schluß ziehen.

Nach dem vorliegenden Ergebnis hat sich die PHR. in ihrer gegenwärtigen Form „etwas weniger fein" gezeigt als die WR.; von 90 Syphilitikern war bei 60 die WR. positiv = 66%, aber nur bei 43 die PHR. positiv = 48%. Jedoch war in den abweichenden Fällen (PHR. negativ, WR. positiv) entweder eine schwache WR. vorhanden oder es hatte eine kräftige antisyphilitische Behandlung stattgefunden; in Anbetracht dessen und der in der Tabelle sich deckenden Reaktionen vermuten Jensen und Feilberg, daß es sich nur um Gradverschiedenheit zwischen der hämolytischen (WR.) und der Präzipitationsmethode (PHR.) handelt. Sie hoffen, daß es künftigen Untersuchern gelingen wird, die PHR. feiner zu gestalten und weisen darauf hin, daß auch die WR. ihre Übergangsperiode gehabt und sich lange nicht überall in derselben Form eingeführt, übrigens immer noch ihre Begrenzung hat.

Die Herman-Perutzsche Syphilisreaktion hat, so schließen Jensen und Feilberg, bis jetzt noch nicht die Wassermannreaktion überflüssig gemacht, sie hat es aber in einer großen Reihe von Fällen möglich gemacht, schneller, leichter und billiger die Diagnose Syphilis in serologischer Weise zu stellen. Sie läßt sich ohne Schwierigkeit von dem praktizierenden Arzte ausführen.

Gammeltoft[7]) gibt seine Resultate in folgender Zusammenfassung: „Die Herman-Perutzsche Syphilisreaktion, die eine Modifikation der Porgesschen Reaktion ausmacht, gibt bei allen Fällen von Lues ebenso gute Resultate wie die WR.; die beiden Reaktionen decken einander aber nicht ganz. Bei einer Untersuchung an in ganzem 156 Fällen kam nur einmal, und zwar bei einem Cancer hepatis, eine positive Herman-Perutzsche Reaktion vor, wo weder anamnestisch, noch klinisch Luessymptome vorlagen und wo die WR. negativ war. Als bequemes und schnelles Mittel, um bei Syphilisfällen die etwaige Wirkung einer Kur verfolgen zu können, wird die Methode große Bedeutung haben."

Unter den 84 Fällen negativer WR. und negativer PHR. waren alle möglichen inneren Krankheiten, febrile und afebrile, außerdem einige Fälle von Tabes dorsalis und anderen Nervenleiden.

Das Resultat der Untersuchungen von Gammeltoft war folgendes:

	WR.	PHR.
	+ 49 Fälle	+ 49 Fälle
	— 84 „	— 84 „
nicht angestellte	14 „	— 14 „
	— 6 „	+ 6 „
	+ 3 „	— 3 „

In den 14 Fällen, wo die WR. nicht angestellt worden ist, war weder nach Anamnese noch nach Befund ein Anzeichen von Syphilis vorhanden, und es wurde, da die PHR. negativ war, von der WR. Abstand genommen.

In den 6 Fällen mit + PHR. und — WR. handelte es sich um

1. einen Fall mit Syphilis in der Anamnese,
2. einen Fall von angeborener Syphilis,
3. einen Fall von (wahrscheinlich) Leberkrebs,
4. einen Fall von beginnender Rückenmarksschwindsucht,
5. einen Fall von Verdacht auf beginnende Rückenmarkschwindsucht,

[7]) Über die von Porges angegebene und von Herman und Perutz modifizierte Syphilisreaktion. Von S. A. Gammeltoft. Aus der Abteilung A des Rigshospitals in Kopenhagen (Vorstand Prof. Chr. Gram). Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 41.

6. einen Fall von schwerer Blutarmut und Milzvergrößerung; hier war Verdacht auf Syphilis, weil Pat. einmal abortiert hatte. Pat. hatte wegen Anämie Arsenikpräparate bekommen. Arsenik hindert nach Boas die WR., vielleicht war sie deshalb negativ; die PHR. schwand mit der Besserung der Anämie (nach Jodpräparaten, später Sublimatpillen) allmählich ganz.

Die PHR. hat sich in diesem Falle wertvoller erwiesen als die WR.

Bei den 3 Fällen mit + WR. und — PHR. handelte es sich

1. um beginnende Rückenmarkschwindsucht; WR. war hier schwach,

2. und 3. um Lues. WR. 0—60—100 bezw. 0 bis 30—100; PHR. —.

In einem anderen Falle von Lues war WR. 0—30—100, PHR. +.

G. befolgte in der Technik strikte die Anordnungen von Herman und Perutz. Er benützte Natr. glycochol Merck.

V. Ellermann[8]) hat in einer früheren Arbeit dargetan, daß die PHR. entsprechend den Angaben von Herman und Perutz streng spezifisch ist, aber im Vergleich mit der WR. eine geringere Empfindlichkeit besitzt, so daß man bei den Fällen mit relativ schwacher WR. (Tabes, Paralyse, Aneurysma aortae usw.) gar keine PHR. erhielt. Ellermann hatte 33 syphilitische Sera untersucht; davon reagierten 24 mit PHR. positiv. Die 58 Kontrollfälle reagierten negativ, mit Ausnahme von drei Fällen mit wahrscheinlicher Syphilis. Neuerdings hat er 32 syphilitische Sera untersucht; davon reagierten 19 mit PHR. positiv, bei den übrigen 13 war WR. positiv, aber schwach. Bei den 43 Kontrollfällen war PHR. negativ.

Ellermann hat versucht, eine Reaktion auszubilden, welche die Schnelligkeit und Einfachheit der PHR. mit der Empfindlichkeit der WR. verbindet.

Zunächst versuchte er die PHR. zu einer quantitativen auszugestalten; doch ergab sich merkwürdigerweise, daß bei Verdünnung das Serum unspezifische Fällungen oder — bei positiver Reaktion — Verstärkungen der Reaktion zeigte. Es gelang ihm später auf ganz andere Weise das Ziel zu erreichen, nämlich durch Einführung von Na Cl in die Herman-Perutzsche Formel und durch Änderung der Mengenverhältnisse. NaCl verfeinert die PHR. und ermöglicht die quantitative Ausführung mittels gewöhnlicher Serumverdünnungen.

Von den verschiedenen von Ellermann geprüften Methoden hat sich folgende als geeignet erwiesen:

Reagens: Cholestearinsuspension 1:25 in 0,9%iger Na Cl 3 Vol.,
Natrium glycocholicum 1,2% in Wasser 1 Vol.

Das glykocholsaure Natrium wurde von E. Merck in Darmstadt bezogen und mit „purissimum" bezeichnet.

Diese Methode (Ellermanns „Methode Nr. 14") wurde in 43 Fällen, 11 Fällen syphilitischer Krankheiten, 32 Kontrollfällen, versucht. Die Resultate sind aus folgender Tabelle ersichtlich:

Nr.	Krankheit	Methode Nr. 14 Serum 0,4	WR.	PHR.
1	Induration, Papeln .	+++	++++	+++
2	„ Pusteln .	+	++	—
3	„ Flecke .	+	—	Spuren
4	Keratitis syphilitika	++	++	+
5	Syphil. Geschwüre, Periostitis . . .	++	+++	+
6	Periostitis gummosa	+	+	—
7	Syphilit. Lähmung .	—	++	—
8	Tabes dorsalis . .	—	+	—
9	Aortenaneurysma .	+	+++	Spuren
10	„ .	+	—	—
11	Syphilit. Papeln? .	—	—	—

Bei Methode Nr. 14 und PHR. bedeuten +++ Bodensatz, ++ grobe, schwebende Flocken, + deutliche Flocken.

In Fall 3 hat WR. im Gegensatz zur Methode Nr. 14, versagt; denn die klinische Diagnose war unzweifelhaft; ebenso anscheinend im Fall 10, wo das Aortenaneurysma durch Röntgenuntersuchung bestätigt war. Syphilis konnte hier allerdings in der Anamnese nicht nachgewiesen werden. Fall 7 war ein Kranker, der früher Syphilis gehabt und diesmal bei antisyphilitischer Behandlung geheilt wurde; hier wie bei Fall 8, Tabes dorsalis, hat die Methode Nr. 14 versagt, doch war bei Fall 8 auch WR. schwach (Hämolyse 35 bei 0,2 ccm Serum).

Die Zahl der Kontrollfälle betrug 32; es waren die mannigfachsten Krankheiten darunter vertreten, z. B. chronischer Alkoholismus, Leberzirrhose (3), Diabetes mellitus, Leukämie, chronische Nephritis (4), Nervosismus, Neuritis (2), Lungentuberkulose (3), Gehirntumor (1) usw. Davon war in 30 Fällen die Methode Nr. 14 negativ bei allen Serummengen

[8]) Quantitative Ausflockungsreaktionen bei Syphilis. Von V. Ellermann. Aus dem Institut f. Gerichtliche Medizin in Kopenhagen (Direktor: Prof. K. Pontoppidan). Deutsche medizinische Wochenschrift 1913, 30. Januar, Nr. 5 S 219.

von 0,04 bis 0,03. In zwei Fällen war die Reaktion bei der größten Serummenge schwach positiv, bei den kleineren Mengen negativ; es handelte sich um einen 29 jährigen, an Colitis leidenden Mann, der früher Syphilis durchgemacht und noch vor 3 Jahren einen Ausbruch davon hatte, und um einen Mann mit einem akuten fieberhaften Aortenleiden, bei dem Syphilis in der Vorgeschichte nicht nachgewiesen werden konnte. Röntgenuntersuchung ergab kein Aneurysma. WR. und PHR. waren in beiden Fällen negativ. In Fall 2 war die Reaktion der Methode Nr. 14 vielleicht eine unspezifische.

Ellermann kommt zu folgendem Ergebnis:

„Wenn man die Resultate bei Syphilis, wo die Methode der Herman-Perutzschen ganz überlegen ist und wo sie mit der Wassermannschen Reaktion wetteifern kann, sowie den negativen Ausfall der Kontrollfälle in Betracht zieht, so glaube ich behaupten zu können, daß die Methode den Forderungen an Empfindlichkeit, Spezifizität und quantitativer Gestaltung entspricht. Es hat den Anschein, daß vereinzelt ganz schwache unspezifische Reaktionen vorkommen können; ähnliches beobachtet man aber auch mitunter bei der Wassermannschen Reaktion."

Vor der WR. hat die Ellermannsche Reaktion den Vorteil der leichten Ausführung und der konstanten Zusammensetzung der Reagentien.

Ellermann empfiehlt eine Durchprüfung an einem größeren Material und von verschiedenen Untersuchern; vielleicht werde sie sich in der jetzigen Form bewähren; vielleicht aber könnten kleine Änderungen z. B. Erhöhung der Menge des glykocholsauren Natrons von 1,2 auf 1,3 die Methode noch vorteilhafter gestalten. — Für die Inaktivierung des Serums hat sich ihm eine Erwärmung im Wasserbad auf 55° während 5 Minuten als vollständig genügend erwiesen, um die Spezifizität zu sichern.

Die sehr eingehenden Untersuchungen von Thomsen und Boas[9]) erstrecken sich auf 432 Fälle sowie auf eine Prüfung der Methode selbst.

Bei den 241 untersuchten Seren von Syphilitischen war PHR. in 43% positiv, WR. in 62%; in 24% war nur WR. positiv, in 5,4% nur PHR.

Bei den Seren von 9 syphilisverdächtigen Personen, die niemals manifeste Symptome der Krankheit aufgewiesen hatten (Kinder syphilitischer Eltern, Väter von Kindern mit kongenitaler Syphilis) war sowohl WR. wie PHR. negativ.

Bei 182 Kontrollfällen, davon 173 Personen mit den verschiedensten Krankheiten (61 Gonorrhöe, 41 Lungentuberkulose, 13 Ekzem, 8 Lupus, etc. etc.) und 9 Normale, war WR. in allen Fällen negativ, PHR. in 3 Fällen positiv (1 Lungentuberkulose, 1 Ulcus venereum ohne Spirochätenbefund, 1 Osteomyelitis und Sepsis).

Danach kann eine positive PHR. — Thomsen und Boas verwandten Natr. glycocholicum puriss. Merck in den von Herman und Perutz angegebenen Stärke- und Mengeverhältnissen — mit nicht geringer Wahrscheinlichkeit, die jedoch geringer ist als bei der WR., als Ausfluß einer erfolgten Syphilisinfektion gelten; **das Fehlen** der PHR. dagegen läßt nur in geringem Maße auf Nichtvorhandensein einer Syphilis schließen.

Für die einzelnen Stadien bezw. Erscheinungsformen der Syphilis gestaltet sich das Verhältnis der WR. zur PHR. sehr verschieden:

Bei den 8 Fällen von — nicht behandelten — Indurationen war WR. sechsmal positiv, zweimal negativ, PHR. viermal positiv, viermal negativ; in zwei der Fälle mit positiver PHR. war WR. negativ, in 4 Fällen war WR. positiv, PHR. negativ; in 2 Fällen waren WR. und PHR. positiv. Bei Indurationen, wo WR. bekanntlich bis kurz vor dem sekundären Ausbruch fehlt, fehlt auch PHR. oftmals; in einigen Fällen wird PHR., in anderen WR. zuerst positiv.

Bei den 41 Fällen von Ausbruch sekundärer Syphilis bezw. Rezidiven war WR. 39 mal (= 95%) positiv, 2 mal negativ, PHR. 31 mal (= 76%) positiv, 10 mal negativ. In den beiden Fällen (Rezidive bald nach erfolgter Quecksilberbehandlung) mit negativer WR. war auch PHR. negativ. Bei den übrigen 8 Fällen mit negativer PHR. war WR. 2 mal stark, 4 mal sehr stark, 2 mal schwach. In einem Fall mit positiver PHR. war WR. schwach positiv.

Bei den 12 Fällen tertiärer Syphilis war WR. 12 mal positiv, keinmal negativ, PHR. 11 mal positiv, 1 mal negativ; in dem Falle mit negativer PHR. war WR. schwach positiv.

[9]) Untersuchungen über Ausflockungsreaktionen bei Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der von Herman und Perutz ausgearbeiteten Modifikationen der Methode von Elias-Neubauer-Porges und Salomon. Von Olaf Thomsen, Privatdozent, Abteilungsvorsteher am Statens Seruminstitut, und Harald Boas, Privatdozent, I. Assistenzarzt am Rudolph Berghs Hospital. Aus Statens Seruminstitut (Direktor: Dr. med. Thorvald Madsen) und Rudolph Berghs Hospital (Direktor: Prof. Erik Pontoppidan) in Kopenhagen. Zeitschrift für Immunitätsforschung und experimentelle Therapie 1913 Bd. XVI Heft 4.

In den beiden Fällen von Tabes dorsalis war WR. schwach positiv, PHR. negativ.

In den 18 Fällen von Dementia paralytica war WR. stets positiv, PHR. 6 mal positiv, 12 mal negativ (z. T. bei Fällen mit sehr starker WR.).

In den 97 Fällen latenter vorbehandelter Syphilis war WR. 42 mal positiv, 45 mal negativ, PHR. 26 mal positiv, 71 mal negativ. In 4 Fällen war PHR. positiv, WR. negativ; in 20 Fällen WR. positiv, PHR. negativ.

In den 56 Fällen, wo es sich um „Ausbruch von Syphilis in Behandlung" handelt, war WR. 23 mal positiv, 33 mal negativ, PHR. 20 mal positiv, 36 mal negativ. In 6 Fällen mit positiver PHR. war WR. negativ; in 10 Fällen mit positiver WR. war PHR. negativ. Unter der Behandlung schwindet daher bald WR., bald PHR. zuerst.

Bei den 7 Fällen teilweise behandelter kongenitaler Syphilis war WR. durchweg positiv, PHR. 6 mal positiv, 1 mal negativ.

PHR. und WR. laufen keineswegs parallel, beruhen daher „auf verschiedenen, meist durch Syphilis hervorgerufenen Veränderungen der Bestandteile des Serums".

(Fortsetzung folgt.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **J. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 38. 20. Dezember **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Eindrücke von den Kongressen in London und Gent und von Anstaltsbesichtigungen in Großbritannien und Belgien. Von W. Weygandt, Hamburg-Friedrichsberg. (S. 463.) — Bernhard Oebeke †. (S. 466.) — Bericht über die Hauptversammlung des österr. psychiatr. Verbandes in Görz 1913. (S. 466.) — Mitteilungen. (S. 471): V. internat. Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke in Moskau. — Referate. (S. 471.) — Therapeutisches. (S. 472.) — Anstaltstechnisches. (S. 473.) — Personalnachrichten. (S. 473.)

Eindrücke von den Kongressen in London und Gent und von Anstaltsbesichtigungen in Großbritannien und Belgien.

Von Dir. Prof. Dr. med. et phil. **W. Weygandt** (Hamburg-Friedrichsberg).

Internationale Kongresse erfreuen sich bei unseren Fachgenossen keiner großen Beliebtheit. Eine generelle Schwierigkeit bildet ja immer die Vielsprachigkeit. In Moskau, Madrid und Lissabon war den meisten deutschen Besuchern die Landessprache vollständig fremd. Dazu kann man wohl sagen, daß in den außerdeutschen Ländern des Kontinents für die Irrenfürsorge wenigstens nicht gerade viel neuartige Anregung zu holen ist.

Anders hätte es mit dem 17. Internationalen Medizinischen Kongreß in London liegen sollen. Die britische Irrenpflege hat Anerkennenswertes aufzuweisen, was in mancher Hinsicht auch uns noch als Vorbild dienen kann. Auch die neurologische Forschung in England hat bedeutende Leistungen zu verzeichnen.

Wenn schon Englisch vielen Besuchern geläufig ist, fällt es doch nicht gerade leicht, einem Vortrag oder einer Diskussion zu folgen. Immerhin wurde die Arbeit etwas vereinfacht dadurch, daß Auszüge vieler Referate vorher bereits gedruckt worden waren. Freilich war das Ideal nicht erreicht, das der erste Londoner Internationale Medizinische Kongreß Anfang der 80er Jahre erfüllte, daß zu Beginn sämtliche Referate in den drei Hauptsprachen gedruckt vorlagen. Aber die Schuld trifft eben im wesentlichen die Referenten selbst, die nicht rechtzeitig ihre Schriftstücke einsandten.

Der Besuch von deutscher Seite war gerade in der psychiatrischen Sektion recht gering. Das ist um so bedauerlicher, als es doch nicht allein darauf ankommt, durch Referate und Vorträge Neues zu hören und interessante Demonstrationen, Anstalten und Laboratorien zu sehen, sondern ebenso sehr auch darauf, daß sich die führenden Vertreter eines Faches persönlich näher treten. Eben diese Repräsentation der deutschen Psychiatrie hätte von seiten der Kliniken entschieden intensiver sein können, um so mehr als das erste unserer Referatsthemen sich gerade mit dem klinischen Unterricht befaßte, dessen Einführung im angelsächsischen Bereich derzeit eifrig angestrebt wird. Von drei Ausnahmen abgesehen waren unsere Lehrstühle unvertreten. Sollte wirklich die Aufgabe dieser prominenten Stellungen mit der Forschung und der Einführung reiferer Jugend in die Elemente der Psychiatrie voll erschöpft sein und nicht auch die Repräsentation der deutschen Wissenschaft mit hinzugerechnet werden können? Ja, unsere zahlreichen deutschen psychiatrischen Vereine waren als solche gar nicht vertreten. Auch bei bescheidenen Mitteln hätte doch ein Teil dieser Provinzialvereine, von unserem großen Verein für Psychiatrie gar nicht zu reden, seine Vertretung in London durch einen Reisezuschuß an eines seiner Mitglieder herbeiführen können; 50 bis 100 Mark hätten wohl als Zuschuß genügt, bei etwas Reiseerfahrung ist der Aufenthalt in London keineswegs besonders teuer, und eine derartige Ausgabe kehrt ja nur alle 3 bis 4 Jahre wieder!

Der Kongreß war nach Umständen recht gut organisiert. Für die riesige Teilnehmerzahl von etwa 8000 paßte der mächtige, runde Saal der Alberthalle trefflich, sowohl als Zentralbureau wie auch als allgemeiner Versammlungsraum. Freilich sind die Engländer meist keine großen Linguisten,

praktischer hätte das Komitee ein paar wirklich die ausländischen Sprachen beherrschende Helfer herangezogen, damit wenigstens die allgemeinsten Plakate fehlerlos gewesen wären. Schwieriger war es mit der Unterbringung der Sektionen. Bei der Weiträumigkeit der Institute in Kensington hatte man immer beträchtliche Wege zurückzulegen, vor allem wenn man sich für Themen aus mehreren Sektionen, etwa der psychiatrischen, neurologischen und forensischen, interessierte. Noch schwieriger wurde es bei anderweitigen Demonstrationen in der Stadt, doch halfen dabei die trefflichen und preiswürdigen Verkehrsmittel der Großstadt, mehrfach wurden auch von den Sektionsvorständen Automobile freundlichst zur Verfügung gestellt, selbst für den später zu erörternden Ausflug in die Kriminialirrenanstalt Broadmor. Die weiteren Ausflüge nach Stratford, Cardiff, Bath, Oxford usw. ließen sich mit Hilfe der ausgezeichneten Schnellzüge im 60-Meilentempo rasch bewältigen.

Auf einzelne Referate und Vorträge will ich hier nicht eingehen. Der klinische Unterricht (Sommer, Meyer-Baltimore),, dann die Psychoanalyse (Jung, Janet), weiter die Lues- und Metasyphilisfrage (A. Marie) spielten in der psychiatrischen Sektion eine große Rolle. Gemeinsam mit der forensischen Sektion wurde die Psychologie des Verbrechers (Weygandt, Bianchi) erörtert. Bei den Neurologen standen die Kleinhirnerkrankungen (Rothmann), dann motorische Aphasie, Anarthrie und Apraxie (Déjérine, Liepmann), die Myopathien, ferner die Hirntumorbehandlung (Bruns, Cushing, v. Eiselsberg, Horsley, Krause) und wieder die Parasyphilis (Mott, Nonne) im Vordergrunde. Von großem Interesse war die Demonstration zahlreicher seltener, trefflich vorgeführter Fälle durch Londoner Neurologen (Purves Stewart, Buzzard, Batten, Tooth, Taylor, Collier u. a.), so Myoklonus mit Infantilismus, hereditäre Erkrankungen, Myopathien, familiäre Zerebellarerkrankungen, Friedreichsche Krankheit usw. Ebenso instruktiv verlief eine Exkursion in das Kriminalmuseum der Londoner Polizei.

Die Festlichkeiten waren geradezu überreichlich, dabei aber so geschickt organisiert mit praktischer Ausgabe einer begrenzten Kartenzahl, daß jedes unliebsame Gedränge ausgeschlossen war. Vornehme Gastlichkeit übten besonders die Regierung, die City und die Sektionspräsidenten. Um die Zeit auszunutzen, gab es sogar gesellige Empfänge um 8 Uhr morgens, so über die Alkoholfrage zwecks Gründung eines internationalen Forschungsinstituts ein Meeting mit Breakfast in der Grafton Galery unter Vorsitz des Kongreßpräsidenten Barlow.

Anregend war der Besuch des von der Firma Wellcome geschaffenen inhaltsreichen Museum für Geschichte der Medizin, wie auch der herrlichen Sammlung des Royal College of Surgeons of England mit ihren großartigen, auch neurologisch und psychiatrisch wichtigen Präparaten. Welches Entgegenkommen dabei zu finden war, zeigte mir folgendes Erlebnis: Als ich ein Skelett mit Riesenwuchs näher betrachtete, das in einer Vitrine aushing, erschien sogleich ein Beamter, fragte nach dem speziellen Gegenstande meines Interesses, nahm dann den Schädel heraus, brachte Notiz- und Zeichenpapier, Schreibmaterial und einen Meßzirkel. Sobald er sah, daß ich Mühe hatte, mit letzterem den Türkensattel zu messen, brachte er mir noch eine Portion Plastilin, damit ich einen Abdruck der Grube machen und diesen exakter messen konnte.

Psychiatrisches Interesse gewährte auch die Beobachtung der Suffragettes, die sich ja andauernd bemerklich machen und in ihrer Sucht, zunächst aufzufallen, das Straßenpflaster in der Umgebung der Sitzungslokale mit Inschriften versahen, wie „Die englische Regierung mordet Frauen" oder in drei Sprachen: „Was sagen die Ärzte dazu, welche Torturen die englische Regierung den Frauen auferlegt." Die Führerin Mrs. Pankhurst hielt anläßlich des Kongresses mehrere Agitationsversammlungen ab. Die bald nach dem Kongreß ausgebrochene Feuersbrunst in Seafieldhouse, einer Irrenanstalt in Seaforth bei Liverpool, wurde auch den Suffragettes zur Last gelegt.

Mit dem Kongreß war eine medizinische Ausstellung verbunden, über die ein 507 Seiten starker Katalog vorliegt. Treffliche anatomische und pathologische Präparate, pathologisch-chemische Kurven und Apparate, Kulturen, Versuche mit Tumor-Impfung, orthopädische Bilder, Diapositive und Röntgenaufnahmen aller Art usw. waren vertreten. Von psychiatrischem und neurologischem Interesse waren vor allem Hirnschnitte von Liepmann (Berlin-Dalldorf). Gewerbekrankheiten waren reichhaltig demonstriert. Besonders anziehend waren die Präparate aus dem Bereich der Tropenkrankheiten, von denen hervorzuheben waren die Beriberi-Demonstrationen aus dem Hamburger Institut für Tropenkrankheiten, dann Präparate von Leishmaniasis durch Seodelin, von Trypanosomiasis durch Bruce, von Pappatacifieber durch Darr, von Malaria durch Ziemann usw. Eine Sonderabteilung war der Museumstechnik gewidmet. Wachsmoulagen demonstrierten alle möglichen For-

men von Zwitterbildung. Dabei kam freilich ein bekannter Sexualpathologe auf den bedenklichen Einfall, unter seinen Bildern Sexual-Perverser auch die Photographie des Königs eines deutschen Bundesstaats auszustellen.

Ein Psychiater, der Anregung und verwertbare Eindrücke auf dem Gebiete der Irrenfürsorge außerhalb des deutschen Sprachgebietes sucht, wird am zweckmäßigsten Irrenanstalten in Großbritannien bereisen. Der XVII. Internationale Medizinische Kongreß bot in dankenswerter Weise mannigfache Gelegenheit, derartige Eindrücke zu sammeln, die ich durch einen Besuch Schottlands noch wirksam ergänzen konnte.

Die auch im Auslande berühmteste Irrenanstalt Englands, das alte Bethlem royal hospital, wurde selbstverständlich auch während des Kongresses demonstriert und viel besucht, ja es wurde in dem herrlichen Vorgarten, der angesichts der zentralen Lage der Anstalt, nur ca. 1 engl. Meile vom Parlamentsgebäude, einen ungeheuren Geländewert darstellt, sogar eine wohl gelungene Garden party veranstaltet. Wie bereits der Name andeutet, stand die Gründung mit den Kreuzzügen in Zusammenhang. Von 1247 ab entwickelte sich das Hospital im Anschluß an eine kirchliche Stiftung zunächst in der City von London. Ende des 17. Jahrhunderts stellte sich das Spital bereits als ein stattlicher Bau mit fast 200 m langer Front und 3 Stockwerken dar. Das heutige Gebäude ist 1815 auf dem rechten Themseufer erbaut worden, zunächst noch ohne den schönen Vorgarten. Eine spätere Zeit ließ hinter dem stattlichen Portal mit 6 jonischen Säulen die imposante Turmkuppel errichten. Die Anstalt enthält nur wenige 100 Plätze, darunter nur 80 für Selbstzahler, die täglich ca. 6 Mark zu entrichten haben. Die anderen Plätze sind sozusagen Freistellen, die auf Ansuchen behördlich vergeben werden, und zwar im wesentlichen an gebildete, aber wenig bemittelte Kranke, nicht lediglich aus London, sondern aus ganz England. Vorwiegend sollen es heilbare Kranke sein.

Die Einrichtungen der Anstalt erinnern am meisten an eine gut ausgestattete, schon länger im Betrieb befindliche Privatanstalt für wohlsituierte Patienten. Ja gerade wegen des außergewöhnlichen Charakters der Anstalt und in Zusammenhang mit der langjährigen Überlieferung sind die gesellschaftlichen Räume der Kranken, vor allem auch die langen Aufenthaltskorridore, nicht nur mit Mobiliar, sondern auch mit Dekorationsstücken geradezu überhäuft; allenthalben stehen auf Tischen, Gestellen, an Fenstern usw. neben üppigem Pflanzenschmuck auch Vasen, plastische Kunstwerke unter Glasstürzen usw., sodaß man denken könnte, es sei geradezu Absicht zu zeigen, wie sehr man selbst in der Umgebung von Geisteskranken zerbrechliche und nicht ungefährliche Gegenstände bei genügender Überwachung aufbewahren kann.

Die Bettbehandlung tritt ganz zurück zwischen den zwei Formen der Isolierung einerseits und der Unterbringung der angekleideten Kranken in Gesellschaftsräumen andererseits. Nach unseren Begriffen ist diese Kluft zu groß; gerade die Bettbehandlung spielt wenigstens in unseren für frisch Erkrankte bestimmten Pavillons die Hauptrolle; die an sich bei uns auf ein Minimum reduzierte Isolierung wird dort selbst noch in der Form von Gummizellen geübt, die ja bei uns nur noch in der Phantasie des vorurteilsvollen Publikums, aber nicht mehr in Wirklichkeit existieren.

Die Reinlichkeit ist ausgezeichnet, der Verkehr des Personals mit den Kranken höflich und liebevoll. Die Treppenanlagen, vor allem die seitlichen Außenverbindungen sind, wie es bei einem alten Bau begreiflich ist, etwas winkelig. Ein großer Saal dient der Unterhaltung der Kranken durch Musik, dramatische Darbietungen, Tanz usw., ein anderer als gemeinsamer Speisesaal. Ferner bestehen Laboratoriumsräume für die verschiedenen Spezialuntersuchungen. Der ärztliche Leiter Dr. Stoddart ist unterstützt von zwei Assistenzärzten und einem pathologischen Anatomen, ferner stehen nach Bedarf ein Chirurg, ein Gynäkolog, ein Augenarzt, ein Laryngolog, ein Spezialist für Narkosen und einer für Zahnheilkunde zur Verfügung. Bei Gelegenheit des Kongresses wurde nebst wissenschaftlichen Demonstrationen auch eine außerordentlich reichhaltige Sammlung von Zeichnungen und Bildern veranstaltet, die durch Geisteskranke in den verschiedensten englischen Anstalten hergestellt waren.

(Fortsetzung folgt.)

Bernhard Oebeke †.

Geheimer Sanitätsrat Dr. Bernhard Oebeke in Bonn, konsultierender Arzt der Heilanstalt Endenich, früher Landespsychiater der Rheinprovinz, ist am 6. d. M. an einer Lungenentzündung im Alter von 76 Jahren gestorben.

Geboren zu Aachen studierte er in Bonn und Würzburg Medizin und trat dann im August 1859 bei seinem Onkel Richarz, leitendem Arzte der Heilanstalt Endenich, als Assistent ein. Lange Jahre war er später selbst Leiter dieser Heilanstalt, an der er bis zu seinem Tode noch als konsultierender Arzt tätig war.

Im Jahre 1895 wurde für die Rheinprovinz die Stelle eines Landespsychiaters neu geschaffen und Oebeke übertragen, der sich demnach diese Stelle erst „schaffen" mußte. Bis zum Frühjahre 1912 bekleidete er diese Stelle und er hat während dieser Zeit in hervorragender Weise mit sachverständigem Urteil an der Umgestaltung der früheren fünf rheinischen Provinzialanstalien und an der Errichtung dreier neuer Provinzialanstalten wie überhaupt an der Verbesserung des Irrenwesens in der Rheinprovinz teilgenommen. Außer dieser regen Tätigkeit fand Oebeke noch Zeit zu einer ausgedehnten Privatpraxis und zur Abfassung einer Anzahl geschätzter psychiatrischer Abhandlungen.

Das Vertrauen seiner Mitbürger hatte ihn mit einer Anzahl Ehrenstellen in der Gemeindeverwaltung in Endenich und Bonn betraut und seine Kollegen hatten ihn zum Vorsitzenden (zuletzt Ehrenvorsitzenden) des Bonner ärztlichen Vereins, in den Vorstand des Kölner ärztlichen Bezirksvereins und zum stellvertretenden Vorsitzenden der Ärztekammer der Rheinprovinz gewählt.

Für den menschenfreundlichen Sinn des Verstorbenen spricht noch besonders die Tatsache, daß er im Verein mit seiner ihm im Tode vorangegangenen edlen Gattin den größten Teil seines Vermögens der Stadt Bonn zur Gründung eines Krankenhauses für arme Kinder hinterlassen hat.

Sein Andenken wird bei seinen Kollegen, seinen zahlreichen Patienten, die mit großer Verehrung an ihm hingen, und bei seinen Mitbürgern noch lange fortleben.

Bericht über die Hauptversammlung des österreichischen psychiatrischen Verbandes in Görz am 10., 11. und 13. Oktober.

Teilnehmer:

Bacar, Dr., praktischer Arzt, Görz. Berze, Dr., Privatdozent, Direktor, Klosterneunburg. Canestrini, Dr., Direktor, Triest. Constantinides, Dr., Assistenzarzt, Triest. Eglauer, Dr., Ordinarius, Mauer-Öhling. Eisath, Dr., Oberarzt, Hall. Feichtinger, Dr., Sekundarzt, Mauer-Öhling. v. Franzoni, Dr., Assistenzarzt, Görz. Fratnich, Dr., Sanitätsrat, Direktor, Görz. Ganhör, Dr., Hausarzt, Niedernhart. Göstel, Dr., Primararzt, Görz. Groß, Dr., Landessekretär, Linz. Haßmann, Dr., Direktor, Feldhof. Howorka, Dr., Sekundararzt, Gugging. Hueber, Dr. Landesrat, Wien. Keschmann, Landessekretär, Czernowitz. Klein, Verwalter, Görz. Kobylanski, San.-Rat Dr., Dir. Czernowitz. Kohlberger, Dr., Direktor, Kulparkow. Kubelka, Dr., Sekundararzt, Sternberg. Lenoch, Landessekretär, Troppau. Licmann, Dr., Oberbez.-Arzt, Amstetten. Maniu, Dr., Sekundararzt, Czernowitz. Maresch, Dr., Primararzt, Feldhof. Meusburger, Dr., Primararzt, Klagenfurt. Nelken, Dr., Assistenzarzt, Kulparkow. Neumann, Dr., Sekundararzt, Troppau. Papirnik, Dr., Primararzt, Brünn. Schneiderbaur, Dr. Sekundararzt, Mauer-Öhling. Schweighofer, Dr., Obersanitätsrat, Direktor, Salzburg. Sikinger, Dr., Direktor, Ybbs. Starlinger, Dr., Regierungsrat, Direktor, Mauer-Öhling. Streit, Oberrechnungsrat, Czernowitz. Winter, Dr., Hausarzt, Klagenfurt. Wolfer, Dr., Assistenzarzt, Görz.

Der Vorsitzende, Regierungsrat Dr. Starlinger, Mauer-Öhling, eröffnet die Versammlung und dankt den erschienenen offiziellen Persönlichkeiten, im besonderen dem Herrn Landeshauptmanne der gefürsteten Grafschaft Görz, Domprobst Dr. Alois Faidutti, für den warmen Empfang,

welcher den Teilnehmern bereitet wurde. Er dankt für das Interesse, mit welchem man die Arbeiten der Versammlung beehrt. Er begrüßt namentlich: Landeshauptmann Domprobst Dr. Faidutti; Landesausschußbeisitzer Adv. Dr. Piero Pinausig; Landesausschußbeisitzer Adv. Dr. Podgornik; Bürgermeister Giorgio Bombig; Stationskommandant Generalmajor Scotti; Statthaltereirat Rebek, Leiter der Bez.-Hauptm. Görz; Hofrat Dr. Emil Celebrini, Landessanitätsreferent der Statthalterei in Triest; Hofrat Kazafura, Kreisgerichtspräsident; Erster Oberstaatsanwalt Jeglic; Sanitätsrat Dr. Josef Bramo, Stadtphysikus; Dr. Gräffe, k. k. Oberbezirksarzt; Dr. Kapper, k. u. k. Oberstabsarzt; Reichsratabgeordneter der Stadt Görz Oberlandesgerichtsrat Ussai; Landessekretär Dr. Grusovin; Landesvizesekretär Vidrig; Pater Longinus Horak, Prior der barmh. Brüder.

Landeshauptmann Domprobst Dr. Faidutti gibt seiner Freude Ausdruck, seinen ersten Gruß als neuernannter Landeshauptmann einer wissenschaftlichen Vereinigung entbieten zu können. Er heißt die Teilnehmer im österreichischen Nizza herzlich willkommen.

Indem er die Stellung der Psychiatrie zur Humanitätspflege und Menschenliebe besonders betont, ladet er zum Besuche der Landesanstalt ein und versichert alle Arbeiter im Fache seines regen Interesses an den Aufgaben desselben.

Der Bürgermeister der Stadt Görz, Giorgio Bombig, begrüßt die Versammlung namens der Stadtvertretung in einer längeren herzlichen Ansprache.

Im Auftrage des k. k. Statthalters begrüßt der Sanitätsreferent Hofrat Dr. Emil Celebrini die Tagung und versichert sie des regen Interesses der k. k. Regierung an den Fragen des Irrenwesens.

Außerdem waren offiziell vertreten: Der Landesausschuß für Bukowina, Galizien, Nieder-Österreich, Ober-Österreich, Schlesien, Salzburg, Steiermark.

Begrüßungs-Schreiben waren eingelangt von: Dr. Böck; Reichsr.-Abg. Dr. Bugatto; Landeshauptm.-Stellvertreter Dr. Franko; Dr. Grasberger; Reg.-Rat Dr. Hauser; Dr. Kuraijka; Oberdirektor Markovich; Dr. Mazurkiewicz; Dr. Navrat; Organisation der Ärzte der kgl. böhm. Landesheilanstalten i. Gkr.

Der Vorsitzende erstattete den Rechenschaftsbericht:

In der Prager Hauptversammlung gaben wir uns der Hoffnung hin, daß das heurige Geschäftsjahr ein ruhigeres werden würde. Glaubten wir doch annehmen zu dürfen, daß die unrichtigen Voraussetzungen jener Gesetzesentwürfe, welche uns schon im vergangenen Jahre beschäftigt hatten, im Sinne unserer Darlegungen und Petitionen wenigstens einigermaßen sachlich beeinflußt worden seien. Wir hofften dies besonders in Ansehung jener einflußreichen Faktoren, welche uns ihre Mitwirkung hatten angedeihen lassen.

Unsere Hoffnung war leider eine trügerische. Das heurige Jahr war nichts weniger als ein ruhiges Geschäftsjahr und der Vorstand war genötigt, fast das ganze Jahr hindurch auf der Warte zu stehen, um wiederholt mit allen Mitteln plötzlich eingreifen zu können.

Was die einzelnen Aktionen anbelangt, so sei folgendes hervorgehoben:

Ende Dezember wurden die Berichte der Prager Hauptversammlung an alle Instanzen versendet. Die Berichte an das Justizministerium wurden mit einer besonderen Eingabe versehen.

Zu der Frage der Änderung unseres Diagnosenschemas hat der Verband Stellung zu nehmen Gelegenheit gehabt. Auf Grund der neuerlichen Verhandlungen im Deutschen Vereine für Psychiatrie ist die gestrige Ausschußsitzung der Ansicht geworden, die Änderung des Diagnosenschemas als nicht zeitgemäß zu bezeichnen und vor allem eine Vereinfachung des derzeitigen Jahresberichtes anzustreben, ähnlich wie dies vom Deutschen Vereine für Psychiatrie angegeben wurde. Auch aus rassenbiologischen Gründen würde sich eine mit dem Deutschen Reiche gemeinsame Art der Registrierung empfehlen, weil dadurch wertvolles vergleichendes Material gewonnen werden könnte. Der Ausschuß war daher der Ansicht, daß ein Zuwarten am Platze sei.

Mitte Jänner wurde das Ergebnis der (durch die Aktion der Landesausschüsse veranlaßten) Revision der Beschlüsse des Justiz-Ausschusses über die Entmündigungsvorlage bekannt. In demselben waren unsere Petita nur zum Teil gewürdigt. Es wurde sofort ein umfangreicher Bericht verfaßt und Abänderungsvorschläge in Druck gelegt. Dieselben wurden neuerlich an alle kompetenten Faktoren versendet und durch Deputationen an parlamentarische Klubs und einzelne hervorragende Parlamentarier überreicht. Zu diesem Zwecke fanden sich im Laufe des Jänners und Februars mehrere Gruppen der Verbandsmitglieder

im Abgeordnetenhaus ein, um durch persönlichen Kontakt unseren Anschauungen Geltung zu verschaffen.

Mitte Mai wurde neuerlich eine Denkschrift verfaßt und an die Ministerien sowie an die einzelnen parlamentarischen Klubs überreicht. Auf unsere Anregung hin wurden auch von seiten sämtlicher Ärztekammern gleiche Denkschriften an das Parlament geleitet. Auch wurden im Laufe des Jahres von mehreren Mitgliedern wiederholt Aufsätze in Fach- und Tageszeitungen veröffentlicht, um unsere Stellung zum Entmündigungsgesetz zu beleuchten. Wir haben es also an nichts fehlen lassen, was weitgehendste Aufklärung anbelangt und was unseren gerechten Ansprüchen Ansehen und Nachdruck geben konnte.

Das Ergebnis dieser Tätigkeit ist durch die politischen Vorgänge und durch die kriegerischen Ereignisse dieses Jahres etwas in den Hintergrund gedrängt worden. Immerhin ist aber schon das, was wir bisher erreicht haben, nicht gering, wie die jüngsten Beschlüsse des Justizausschusses beweisen, und wir haben die Hoffnung, daß unsere Arbeit noch weitere Erfolge zeitigen wird. Über die dabei einzuhaltende Taktik hat die gestrige Ausschußsitzung beschlossen alle Kollegen zu bitten, darauf bedacht zu sein, daß nicht durch Aufstellung neuer Petita zu dem gewiß auch in anderen Punkten unzulänglichen Gesetzentwurfe Unklarheiten in die Aktion getragen würden. Wir bitten die Kollegen, auf dem Boden der Denkschrift zu beharren und sie als dasjenige Minimum zu betrachten, das im Interesse unserer Kranken und der Irrenpflege unerläßlich ist. Das aber soll mit aller Energie vertreten werden. Der Ausschuß wird die Angelegenheit stets im Auge behalten und die Kollegen wie bisher verständigen. Wir bitten um ein ebenso tatkräftiges Arbeiten wie in diesem Jahre.

Was die Beschlüsse der vorjährigen Hauptversammlung anbelangt, so wurde der Antrag Dr. Eisath-Hall, wonach für die Einweisung von verbrecherischen Irren in eine staatliche Anstalt nicht die Größe der angedrohten Strafe, sondern lediglich der verbrecherische Charakter des betreffenden Kranken in Betracht zu ziehen ist, an das Justizministerium weitergeleitet.

Der Antrag Dr. Jellinek-Kremsier über die Aufstellung eines irrenärztlichen Katasters der österreichischen Länder wurde den Herren Dr. Jellinek und Dr. Kobylanski überwiesen, und wird Kollege Dr. Haßmann hierüber berichten. Dem Antrage der Prager Jahresversammlung über den Strafgesetzentwurf wurde dahin entsprochen, daß das ausführliche Referat Dr. Graßbergers in Druck gelegt wurde und allen Mitgliedern usw. zugesendet worden ist.

Der Antrag Dr. Starlinger-Mauer-Öhling wegen Reisebeihilfen zu unseren Hauptversammlungen wurde in die Wege geleitet und kann das erfreuliche Resultat bekannt gegeben werden, daß alle Landesausschüsse bereits solche gewähren mit Ausnahme von Triest, von wo eine Erledigung derzeit noch nicht eingelangt ist. Die Erledigungen der einzelnen Landesausschüsse können bei dem Vorsitzenden eingesehen werden.

Dieser Umstand ist besonders erfreulich. Wir dürfen mit den Erfolgen zufrieden sein, namentlich damit, daß die kompetenten Persönlichkeiten auf unsere Tätigkeit achten und daß sie in uns einen Fachsenat sehen, der in jeder Weise für die Interessen der Länder und der Kranken einzutreten gewillt ist. Unsere Vorschläge haben auch das Interesse der Regierung erregt. Was z. B. die Entmündigungs-Vorlage für die Länder bedeutet hätte, hat eine gemeinsame Sitzung der Landesausschüsse aller Länder in Wien gezeigt.

Zum Schluß richte ich an alle Versammelten die dringende Bitte, die Verbandsleitung von Adressenänderung oder Standesveränderung in Kenntnis zu setzen, um das Verzeichnis korrekt zu erhalten. Namentlich ist es notwendig, Adressenänderung sofort bekannt zu geben, um bei Zusendungen keine Unterbrechung zu veranlassen.

Es folgen die Vorträge:

1. Anstaltsleiter Primarius Dr. Sickinger, Ybbs, und
2. Landesrat Dr. Franz Hueber, Wien: Die Haftpflicht der Landes-Heil- und Pflegeanstalten.
3. Dr. Jan Nelken, Kulparkow: Die Verbrecherfrage und die Irrenfürsorge in Galizien.

(Die Vorträge erscheinen zusammen mit Diskussion in dieser Wochenschrift.)

Über Vorschlag des Vorsitzenden wird die Diskussion über diese Vortragsgruppe auf die Nachmittagssitzung vertagt.

2. Sitzung.

Dr. Eisath erstattet den Kassenbericht. Die Herren Dr. Meusburger und Dr. Eglauer werden zu Rechnungsprüfern gewählt.

Der Jahresbeitrag wird mit 5 Kronen bestimmt.

Es wird beschlossen, daß die von Dr. Haßmann ausgearbeitete Statistik der An-

staltsärzte gedruckt und alle 5 Jahre neu veröffentlicht werde.

Der Antrag des Ausschusses, daß ähnlich wie in Preußen ein Merkblatt über die Ursachen der Geisteskrankheiten herausgegeben und durch die Anstalten verbreitet werde, wurde angenommen und dem Vorstande zur Ausarbeitung übertragen.

Es wird beschlossen, Mitgliederkarten auszugeben.

Der Vorsitzende bringt die Einladung zum Besuche der Anstalt in Triest zur Kenntnis und ladet im Auftrage des Lokalausschusses die Teilnehmer für heute nachmittags zum Besuche des Kastells und für morgen früh zur Besichtigung des Militärflugplatzes ein.

Über den Ort der nächstjährigen Hauptversammlung kann noch nicht Beschluß gefaßt werden, da das Einvernehmen mit den anderen eventuell teilnehmenden Vereinen noch nicht erfolgt ist. Es wird vorläufig Graz in Aussicht genommen.

Strafgesetzentwurf.

Nachdem Dr. Graßberger am Erscheinen verhindert ist, schlägt Dr. Schweighofer vor, in einer gemeinsamen Besprechung des psychiatrischen Verbandes mit dem Vereine für Fürsorge und Zwangserziehung, dem Vereine der Strafvollzugsbeamten und dem Vereine der Amtsärzte diejenigen Materien des Strafgesetzentwurfes, welche für diese Vereine von Interesse sind, zu beraten. Er schlägt vor Referenten zu bestellen, welche diese Gebiete bearbeiten sollen und welche in einer vorberatenden Sitzung sich darüber im Prinzipe aussprechen sollen, bevor die öffentliche Beratung der vier Vereine stattfindet. Er bittet den Landesrat Dr. Hueber, diese einleitenden Schritte zu übernehmen, die anderen Vereine für die Beratung zu gewinnen, ihre Referenten namhaft zu machen und die Vorberatung in Wien einzuberufen.

Der Vorbereitung müßte ein Austausch der Referate in den vier Vereinen vorangehen, damit jeder schon vorher sich unterrichten könne.

Der Antrag wird angenommen und Dr. Hueber erklärt sich bereit, die weiteren Schritte zu übernehmen. Dr. Schweighofer wird beauftragt, über die Abgrenzung der vom psychiatrischen Verbande zu erstattenden Referate Vorschläge zu machen.

Vortrag: Regierungsrat Dr. Schweighofer Salzburg: Unsere Stellungnahme zum Fürsorgeerziehungsgesetze und dessen Durchführung. (Erscheint nebst Diskussion in dieser Wochenschrift.)

Vortrag: Dr. Z. Maniu, Czernowitz: Über Luminal. (Erscheint in dieser Wochenschrift.)

Der Vorsitzende teilt mit, daß die Rechnungsprüfer den Kassenbericht als richtig befunden haben und ersucht dem Kassier die Entlastung zu erteilen.

Angenommen.

Vortrag: Dr. Ruggero v. Franzoni, Görz: Der jetzige Stand der Pellagrafrage mit besonderer Berücksichtigung der pellagrösen Psychosen. (Erscheint nebst Diskussion in dieser Wochenschrift.)

3. Sitzung, Samstag, den 11. November.

Dr. Schweighofer berichtet über die Abgrenzung der Referate zum Strafgesetzentwurfe im Sinne des gestrigen Beschlusses und schlägt vor:

I. Landessekretär Dr. Grassberger, Salzburg: Die Bestimmungen des Strafgesetzentwurfes über die Verwahrung und Sicherung.

II. Direktor Dr. Sickinger: Die Stellung des Strafgesetzentwurfes zu den Geisteskranken, den Psychopathen und geistig Minderwertigen mit aufgehobener oder verminderter Zurechnungsfähigkeit.

III. Die Stellung des Strafgesetzentwurfes zu Jugendlichen mit unvollständiger Entwicklung. Das Thema wäre am besten von einem Jugend-Psychiater zu bearbeiten.

IV. Landesrat Dr. Hueber und Reg.-Rat Dr. Starlinger, Mauer-Öhling: Die Stellung des Strafgesetzentwurfes zu dem Schutze der Schwachsinnigen und Geisteskranken usw. und der Anstalten für dieselben (ausgenommen die Staatsanstalten).

V. Direktor Dr. Hassmann, Graz: Stellung des Strafgesetzentwurfes zu den Alkoholikern und den Alkoholdelikten.

VI. Reg.-Rat Dr. Schweighofer, Salzburg: Rassenhygienische Betrachtung der Bestimmungen des Strafgesetzentwurfes.

Angenommen.

Vortrag: Oberarzt Dr. Georg Eisath, Hall: Die Entwicklung des irrenärztlichen Heilverfahrens seit 100 Jahren. (Erscheint in dieser Wochenschrift.)

Vortrag: Direktor Dr. Josef Berze, Klosterneuburg: Über die Bedeutung der Psychologie für die Psychiatrie. (Erscheint in dieser Wochenschrift.)

Vortrag: Dr. Haßmann, Graz: Beitrag zur Kenntnis der Verlaufsformen der Paralysis progressiva. (Erscheint in dieser Wochenschrift.)

Vortrag: Dr. Leo Wolfer, Görz: Der fehlende Ausgleich der Schädelmaße bei anatomisch bedingten Funktionsstörungen des Gehirns. (Erscheint in dieser Wochenschrift.)

Da eine Diskussion zu diesen Vorträgen nicht stattfindet, schließt der Vorsitzende die Hauptversammlung mit Worten des Dankes an alle Erschienenen und besonders an die Vortragenden. Er dankt auch dem Lokalkomitee, dem Landeshauptmanne und dem Bürgermeister, der Regierung für den warmen Empfang. Richtet an die Versammelten die Bitte, in der Arbeit nicht zu erlahmen, es stehen dem Verbande bedeutende Aufgaben in der Zukunft bevor. Im festen Zusammenhalten aller liegt unsere Kraft! Wir sind zwar ein junger Verein, dürfen uns aber dessen freuen, was wir bisher geleistet haben.

Der Nachmittag brachte die Besichtigung der neuerbauten Landesheil- und Pflegeanstalt. Inmitten der überaus fruchtbaren Görzer Ebene gelegen fiel sie durch ihre freundliche Bauart schon am Vorabende beim Besuche des Kastells auf. Ringsherum nichts als Gärten, ein tiefer Humusboden mit einer schwarzbraunen Erde, Spargeläcker, Rebenanlagen. Inmitten von karstigem, hohem Gebirge ein Boden von südlicher Fruchtbarkeit getaucht in die Sonnenfarben der italienischen Ebene.

Der Landeshauptmann Domprobst Dr. F a i d u t t i empfing die Versammlung, Sanitätsrat Dr. F r a t n i c h und seine Kollegen führten.

Die Anstalt ist in einfachem, aber ungemein freundlichen Stil gehalten, sie zeigt eine geschickte Verwendung von Farbe und Dekoration, eine sehr wohnliche Einrichtung der Krankenräume, überall Licht und Luft in Hülle und Fülle, die modernsten Einrichtungen, aber ein nicht moderner Baupreis von weniger als 4000 Kronen für das Bett. Der Bericht über die vom Sanitätsrat Dir. Dr. F r a t n i c h und vom Landesbaudirektor Ing. G l e s s i g erbaute Anstalt ist in „S c h l ö ß, Österreichische Landesheil- und Pflegeanstalten" enthalten. Die Einrichtungen interessierten durch ihre Eigenart vom riesigen Polentakessel an bis zum Schwefelkohlenstoffapparat zur Vernichtung des Ungeziefers.

Ein Fall von Pellagrapsychose bildete für die meisten Teilnehmer ein Novum. Er wurde in liebenswürdigster Weise demonstriert, wie denn überhaupt die ganze Tagung getragen war durch die Beweise des liebenswürdigsten Entgegenkommens und einer wohltuenden, warmen Freundlichkeit seitens der Kollegen und der Damen und Herren des vielgeplagten Lokalkomitees, vor allem aber des Landesausschusses und der Behörden.

Ein Diner unter dem Vorsitze des Landeshauptmannes mit den Spitzen der Behörden vereinigte die Teilnehmer am Abende als Gäste des Landesausschusses.

Am 12. fand ein Ausflug nach Aquileja und Grado statt, in welchem gleichfalls der Landesausschuß den Gastgeber machte. In Aquileja wurde das Museum besichtigt, wobei der Direktor desselben und zugleich sein Schöpfer Herr Professor Majonica führte und in der ihm eigenen Mischung von genialem Weitblicke und prickelnden Humor die in einem ganzen reichen Leben von ihm gesammelten Überreste der untergegangenen Kultur Aquilejas wiederbelebend vor Augen stellte.

Die Besichtigung der Basilika unter der Führung des Monsignore mußte in größter Eile geschehen, denn schon drängte die Zeit für die Fahrt in die Lagunen und nach Grado.

Das Kuratorium empfing die Gäste und Hofrat v. F a b r i s, Dr. P o n t o n i und Dr. G r a b l o v i t z zeigten die jüngste Schöpfung Grados, das Seehospiz für skrofulöse Kinder, wobei Dr. P o n t o n i über die überraschenden Erfolge der Heilstätte berichtete und insbesondere die psychischen Wirkungen des Meeres und der Sonne auf die Kinder schilderte.

Ein vom Kurkomitee den Gästen gegebenes Diner vereinigte die Teilnehmer in dem modernen, aufstrebenden Kurorte Grado zum letzten Male.

Der Anblick des in der Sonne glänzenden südlichen Meeres, die Liebenswürdigkeit der Gastgeber, die Auszeichnung des Verbandes durch die Teilnahme der autonomen und Staatsbehörden, insbesondere die Wärme des Tones wird die Tagung in Görz nach den harten Jahren des Ringens für alle Teilnehmer unvergeßlich machen.

Landeshauptmann Dr. F a i d u t t i interpretierte die Stimmung aller Anwesenden, als er in einer begeisterten Ansprache den Dank und die Ergebenheit an Seine Majestät, als dem erhabenen Schutzherrn aller Fürsorge- und Humanitätseinrichtungen, zum Ausdrucke brachte und Seiner Majestät auf telegraphischem Wege die Huldigung der Versammlung unterbreitete.

Der größte Teil der Versammlung kam der Einladung der Kommune Triest zur Besichtigung der neuen Anstalt in Triest nach und fand sich am Morgen des nächsten Tages dort ein. Der Direktor Dr. C a n e s t r i n i und die Kollegen der Anstalt führten.

Die Anstalt (S c h l ö ß, Österr. Landesheil- und Pflegeanstalten), erbaut von Dr. C a n e s t r i n i und Ing. B r a i d o t t i, bietet soviel des Eigenartigen, daß es schwer ist, einen erschöpfenden Begriff des Gesehenen zu geben. Über eine steile Berglehne verteilen sich die einzelnen Gebäude.

Die Abteilungen für unruhige Kranke mit ihren saalartigen hohen Wachräumen, mit ihren in 1. Geschoßhöhe angebrachten Lüftungsfenstern, die vielen Veranden zum Aufenthalt im Freien, überall Luft und Licht und eine Bewegungsfreiheit für die recht lebhaften Kranken machen einen ungemein freundlichen Eindruck. Die Landhäuser für offene Pflegeform sind in kleinen Einheiten gehalten, so daß ein Zusammenleben viel reibungsloser möglich ist als in den üblichen offenen Abteilungen der meisten Anstalten. Die Abteilungen der Pensionäre bieten einen Komfort, wie er sonst nur in den ersten Privatanstalten vorhanden sein dürfte.

Und über alles breitet sich hier sowohl wie in Görz eine Atmosphäre genauester Pflichterfüllung aus, in der jede Kleinigkeit bis ins Detail geregelt ist, neben jenem undefinierbaren Etwas, das den Geist italienischer Liebenswürdigkeit und Lebensbejahung ausmacht, wie er in den Charakteren ihrer Leiter auch uns in immerwährender Erinnerung bleiben wird.

Ein von der Kommune Triest gegebenes Diner, bei welchem Stadtrat Dr. Morpurgo in Vertretung des Bürgermeisters, die Stadträte Minas, Ing. Braidotti, die Ärzte: Primararzt Dr. Gusina und Dr. Xydias, sowie der Chefarzt der österr. Lloydgesellschaft Sanitätsrat Dr. Castiglioni die Wirte machten, schloß diesen letzten Tag des Beisammenseins.

Mitteilungen.

— **V. internationaler Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke,** Moskau 8. bis 11. Januar 1914. Auf dem glänzend verlaufenen IV. internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke in Berlin ist auf telegraphische Einladung der Stadt Moskau beschlossen worden, den V. internationalen Kongreß in der alten russischen Hauptstadt Moskau tagen zu lassen. Infolge mancherlei unvorhergesehener Hindernisse — Dumaneuwahlen, Balkanwirren usw. — ist der Kongreß auf den Januar 1914 verschoben worden. Man hat sich für diese Jahreszeit entschlossen, weil die alte Zarenstadt, die nach Napoleon des Ersten Ausspruch einzigartig schöne Stadt, gerade im Winterkleid einen geradezu märchenhaft schönen Anblick gewährt, weil Moskau gerade im Winter ein reizvolles gesellschaftliches Leben entfaltet, wie keine andere Residenz der Welt. Bei der vorzüglichen Beschaffenheit der wesentlich breiteren russischen Eisenbahnwagen ist auch eine weitere Reise verhältnismäßig bequem. Eine Sonderausstellung wird Einblick gewähren in die uns Deutsche noch eigenartig anmutenden russischen Anstaltsverhältnisse, die aber von Jahr zu Jahr mehr deutschem Muster angepaßt werden.

Die Moskauer Kollegen und das Organisationskomite legen besonderen Wert darauf, recht viel deutsche Psychiater in Moskau begrüßen zu können. Die Herren Kollegen, welche Vorträge in Moskau halten und den Kongreß besuchen wollen, werden gebeten, mir dies gefälligst bald mitteilen zu wollen.

Die Fahrkarten der II. Klasse berechtigen innerhalb der russischen Grenzen bei Vorzeigung der Kongreßmitgliedkarte zur Benutzung der Wagen I. Klasse, die der III. zur Benutzung der II. Klasse. Es ist deshalb erforderlich, sich rechtzeitig durch Einsendung von 20 Mark an Doktor Cettline, Krasnosselskaja 3, Moskau, die Mitgliedskarte zusenden zu lassen.

Die nach Moskau reisenden Herren Kollegen wollen auch nicht vergessen, sich bei Zeiten mit einem richtig beglaubigten Paß zu versehen

Ich vernahm einmal in Moskau, wo ich übrigens eine beispiellose Gastfreundschaft kennen lernte, den Ausspruch: Bei uns besteht der Mensch aus Leib, Seele und — Paß.

Also auf Wiedersehn in Moskau!

Professor Dr. Alt, Uchtspringe.

Referate.

— Reichs-Versicherungsordnung. Versicherungsgesetz für Angestellte. Berlin 1913, Verlag von Otto Liepmann (Liliput-Ausgabe Bd. 3).

Die Reichsversicherungs-Ordnung nach dem Einführungsgesetz vom 19. Juli 1911 und das Versicherungsgesetz für Angestellte vom 20. Dezember 1911 nebst einem Sachregister sind in dieser Liliput-Ausgabe in gut leserlichem Druck auf 619 Seiten wiedergegeben. Die Kleinheit der Ausgabe gestattet es, daß das Büchlein jederzeit von dem, der seiner bedarf, ohne Belästigung, mitgeführt werden kann; der geringe Preis ermöglicht eine Verbreitung in die weitesten, dabei interessierten Kreise, Vorteile, die bei der Wichtigkeit der Materie auf der Hand liegen. Heinicke-Großschweidnitz.

— Ritterhaus, E., Hamburg: Irrsinn und Presse. Jena 1913. Verlag von Gustav Fischer.

Aus der Tatsache heraus, daß das Verständnis für das Psychopathologische in unserem allgemeinen Leben und im wirtschaftlichen Kampf besonders, in seiner erschreckenden Düsterkeit von dem Menschen nicht voll erfaßt wird, und um diesbezügliches, so notwendiges Verständnis zu erwecken, hat sich Verfasser auf Weygandts Veranlassung hin der dankenswerten Aufgabe unterzogen, in dem vorliegenden Werke alle die Nachrichten zu sammeln, die die Hamburger Presse im Jahre 1911 in dieser Frage veröffentlicht hat. Die diesbezüglichen Vorkommnisse versieht Verf. in allgemein verständlicher Weise mit dem entsprechenden Sachverständigen-Kommentar. Hoffentlich findet das Buch einen großen Leserkreis! Damit wird das Ziel, das sich

Verf. in seiner mühsamen Arbeit gesteckt hat, am besten erreicht. Nur durch Erweckung des Verständnisses für Geisteskrankheiten in allen ihren Formen vom scheinbar harmlosen Schwachsinn bis zur schwersten Psychose, kann viel Unheil verhütet werden, was dem zu spät erkannten oder behandelten Geisteskranken selbst, seiner Familie und der Öffentlichkeit durch ihn droht. Rechtzeitig in die Anstalt! Fort mit dem schädlichen Worte: „noch nicht anstaltsreif!" muß unser Ziel sein!

Heinicke - Großschweidnitz.

Therapeutisches.

— **Liebe's Malz-Haematogen** (Extr. Malti pur. sicc. pulv. cum Haemoglobin. 10%). Durch Verbindung des Haemoglobins mit Malzextraktpulver wurde eine appetitanregendes, aromatisches Trockenpräparat gewonnen, das die Heilwirkung des ersteren mit dem Nährwert und Wohlgeschmack des Malzes in sich vereinigt und somit ein Diätetikum ersten Ranges darstellt. Der kräftigende, das Blut verbessernde und das Körpergewicht hebende Einfluß des Haemoglobins ist bekannt. Durch vorliegende Kombination entsteht eine nachteilige Veränderung oder Trennung der beiden Stoffe nicht. Malzextraktpulver gehört übrigens infolge seines hohen Gehaltes an Maltose, an aufnahmefähigen Eiweißstoffen und an den für den Aufbau der Gewebe wichtigen phosphorsauren, eisenhaltigen Nährsalzen der Gerste zu den besten Roborantien der modernen Therapie. Durch seinen außerordentlichen Nährwert, seine vorzügliche Haltbarkeit, die bequeme Anwendungsweise, die Leichtverdaulichkeit und den Wohlgeschmack gilt das Mittel als Spezifikum bei Körperschwäche, Rekonvaleszenz, Chlorose, Rachitis usw. (Deutsche Ärzte-Zeitung Heft 24 15. Dezember 1912).

— **Merlusan (Tyrosin-Quecksilber) in der Syphilis- und Gonorrhöetherapie.** Von Dozent Dr. Hans Buchtala, Assistent des mediz.-chem. Universitätsinstituts in Graz, und Professor Dr. Rudolf Matzenauer, Vorstand der k. k. dermatologischen Universitätsklinik in Graz. Wiener Medizinische Wochenschrift Nr. 38 und 39, 1913.

Das Tyrosin (Paraoxyphenyl- -aminopropionsäure), ein Baustein aller bekannten und bisher untersuchten Eiweißkörper gibt mit Quecksilber eine Verbindung, deren schwach alkalische Lösung alle Eigenschaften des Mediums (besonders des Bluts), in dem sie bei der therapeutischen Anwendung zirkulieren soll, in sich vereinigt. Diese ausgesprochen kolloidale Lösung erstarrt bei einer Konzentration von über 2—10 pCt. zu einer klaren, durchscheinenden Gallerte. Das Quecksilber ist in ihr mit Schwefelwasserstoff nicht nachweisbar. Im Tyrosin wird je ein Wasserstoff der OH- und NH_2-Gruppe durch eine Valenz des zweiwertigen Hg und der Wasserstoff der COOH-Gruppe durch Na ersetzt. Der dadurch entstandene Körper wurde Merlusan genannt.

Die bakterizide Kraft dieses Hg-Präparates wurde gegenüber verschiedenen Bakterienkulturen wiederholt geprüft im Institut für experimentelle Pathologie (Hofrat Prof. Klemensiewicz).

Die Resultate sind in tabellischer Übersicht mitgeteilt.

Die spirillizide Kraft des Hg-Präparates wurde geprüft an einem Kaninchen, welches mit Dourine infiziert war. Mit dem Blute, das zahlreiche Spirillen enthielt (4—5 in jedem Gesichtsfeld), wurde ein Buoillonaufschwemmung gemacht und je 10 ccm einer solchen Aufschwemmung Merlusan in absteigender Menge zugesetzt. Die Dourinespirillen waren unbeweglich und einem vollständigen Zerfall anheimgefallen, so daß sie unsichtbar waren, bei einer Verdünnung von

1 :	10 000	nach	30—40 Minuten
1 :	20 000	„	50 Minuten
1 :	40 000	„	nach 1 Stunde
1 :	120 000	„	1 und 1/2 Stunde

Bei 1 : 360 000 blieben sie bis zum nächsten Tag erhalten und beweglich.

Toxizität des Präparats gegenüber dem Tierkörper: Kaninchen von 2—3 kg Körpergewicht vertragen durchschnittlich bei intravenöser Injektion eine Einzeldosis bis zu 0,01 Merlusan ohne Störung des Allgemeinbefindens und speziell ohne Nierenreizung. Größere Mengen rufen eine Albuminurie hervor, die in leichteren Fällen in wenigen Tagen wieder schwinden kann, 0,07 pro dosi intravenös erzeugt häufig schon eine hämorrhagische Nephritis mit zweifelhaftem Ausgang, 0,03 pro dosi wirkt sicher letal.

Diese Tyrosin-Hg-Verbindung enthält kein körperfremdes Eiweiß, verursacht daher keine Anaphylaxie, wirkt als kolloidale Eiweiß-Quecksilber-Lösung selbst nicht ätzend oder koagulierend, fällt Körpereiweiß aus seinen Lösungen nicht aus und wirkt nicht thrombosierend.

Über die Ergebnisse der Versuche mit intravenösem Injektionen wollen B. und M. anderenorts berichten. Dieser Methode kommt vorerst nur eine geringe praktische Bedeutung zu.

Merlusan kann auch zu intramuskulären Injektionen verwendet werden, in Form einer 10 proz. Emulsion mit Paraffin. liquid., hiervon zweimal wöchentlich 1/2 ccm oder jeden 5.—6. Tag 1 ccm. Solche Injektionen sind nicht besonders schmerzhaft und bringen einen prompten therapeutischen Erfolg

Interne Behandlung:

Merlusan bietet wie kein anderes Hg-Präparat die Möglichkeit, „durch interne Medikation eine ebenso energische und noch stärkere Merkurialisierung des Körpers zu erzielen, als sie bisher durch kräftige Injektionskuren, geschweige denn durch Einreibungen erreicht wurde".

B. und M. lassen gewöhnlich 4—5 Tabletten täglich einnehmen. Die Hg-Resorption, an der Hg-Ausscheidung durch den Harn gemessen, ist eine effektiv viel größere als bei einer Einreibungskur und auch bedeutender als selbst bei Behandlung mit unlöslichen intramuskulären Injektionen.

Hg konnte im Harn schon nach Einnahme einer einzigen Tablette nachgewiesen werden!

Die Menge des mit dem Harn ausgeschiedenen Hg

bei täglicher Einnahme von 4 Tabletten Merlusan ist mindestens ebenso groß wie bei einer forcierten Injektionskur mit Hg salicyl., wenn von diesem nämlich die ungewöhnlich große Menge von 1 ccm jeden dritten Tag gegeben wird.. Die Hg-Ausscheidung bei interner Merlusanbehandlung ist ungefähr doppelt so groß wie bei Einreibungen und fast 10 mal so groß wie bei Mergal und Merjodin.

Die intere Behandlung mit Merlusantabletten kann als ein vollwertiger Ersatz für eine kräftige Injektions- oder Einreibungskur bezeichnet werden.

Merlusan verursacht intern genommen nicht die geringsten Verdauungsbeschwerden, keine Diarrhöe, keine frühzeitig einsetzende Stomatitis, überhaupt keinerlei Unannehmlichkeiten.

Merlusan, in schwachen Säuren unlöslich, passiert auch den sauer reagierenden Magensaft ungelöst. Es wird überhaupt erst im alkalisch reagierenden Darmsafte gelöst. Es wird von Schwefelwasserstoff nicht wie die meisten Hg-Verbindungen zu unlöslichem, unwirksamen Quecksilbersulfid gefällt. „Es ist das erste und einzige Hg-Präparat, dessen Wirkung bei interner Verabreichung jener einer kräftigen Injektions- oder Einreibungskur ebenbürtig ist."

Merlusan hat sich auch als ein ganz vorzügliches Mittel in der Gonorrhoetherapie erwiesen, besonders durch den Umstand, daß es das Hg nicht in ionisiertem Zustand enthält, daher auch nicht eiweißfällend und nicht reizend wirkt.

Merlusan kann infolge seiner völligen Reizlosigkeit sogar bei akuter Urethritis posterior und akuter Zystitis in Form von tiefen Injektionen mit dem Guyon'schen Katheter à bougie filiforme instilliert werden (von der 1/2 proz. Lösung gewöhnlich 5—10 ccm in die Blase, resp. rückwärtige Harnröhrenpartie).

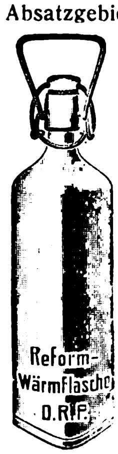
Bei Behandlung chronischer Gonorrhoe haben Merlusanschmelzbougies in vielen Fällen recht guten Erfolg (1/2 proz. und 1 proz. Konzentration).

Die Firma Dr. Bayer & Co., Budapest IX, hat das Patent für die Merlusandarstellung erworben. (Sollte es sich nicht empfehlen, Versuche mit Merlusan bei Tabes und Paralyse anzustellen?)

Anstaltstechnisches.

— Zu der starken Verbreitung **alkoholfreier Erfrischungsgetränke** hat nicht zum mindesten die Maschinenindustrie beigetragen, die es im Laufe der Zeit verstanden hat, durch die fortwährenden Verbesserungen der Fabrikationsmethoden die Qualität zu heben und ihre Herstellungskosten zu verbilligen. An den technischen Fortschritten in ganz besonders hohem Maße beteiligt ist die Firma Maschinenfabrik Hugo Mosblech, Köln-Ehrenfeld, welche auf ein 25jähriges Bestehen zurückblickt. Dieselbe betreibt die Fabrikation von Mineralwasserapparaten, Abfüllmaschinen und sonstigen Bedarfsartikeln für die Getränkeindustrie und nimmt in diesem Spezialfache eine führende Stellung ein. Dies zeigt eine Gegenüberstellung der ersten, von dem Gründer der Firma erfundenen sogenannten Schüttelapparate, mit denen jede einzelne Flasche mit Kohlensäure gesättigt wird, und den neuesten Maschinen für Kraftbetrieb, die vollständig automatisch arbeiten und tägliche Leistungen bis zu 50 000 Flaschen aufweisen. In gleicher Weise werden Abfüllmaschinen für Kraft gebaut, mit denen ein einzelner Arbeiter bis zu 20 000 Flaschen täglich zu füllen imstande ist. Als Jubiläumsausgabe ist ein neuer, umfangreicher Prachtkatalog in Vorbereitung, der nach Erscheinen Interessenten kostenfrei zur Verfügung steht. Derselbe umfaßt eine reichhaltige Auswahl kompletter Einrichtungen für Geschäftsbetriebe von jeder beliebigen Ausdehnung. Die von der genannten Firma bisher gelieferten Apparate erreichen die stattliche Ziffer von rund 15 000 Exemplaren, die über alle Länder der Erde verbreitet sind.

— Die **Krumeich'sche Reform-Wärmflasche** D. R. P. aus braun-salzglasiertem Steinzeug, mit patentiertem Traghebel-Verschluß, hat sich heute bereits ein weites Absatzgebiet erobert und findet besonders dort begeisterte Anhänger, wo man neben den billigen Anschaffungskosten die Zweckdienlichkeit der Steinzeug-Wärmflasche erkannt hat. Das dicke Steinmaterial der Flasche verhindert das Zerspringen, sowie, im Gegensatz zu den Metall-Wärmflaschen, ein rasches Abkühlen. Es wird vielmehr eine lang andauernde, intensive Erwärmung erzeugt und die Ausstrahlung wird durch die eigenartige Dreikantform der Reform-Wärmflasche noch wesentlich erhöht. Die gesetzlich geschützte dreikantige Form ermöglicht die denkbar beste Auflage und Flächendarbietung der Flasche, was besonders in der Krankenpflege gewürdigt wird.



Mittelst des patentierten Verschlusses mit Traghebel läßt sich die heiße Flasche leicht und sicher transportieren. Der rasche Verschleiß, wie er bei Blechflaschen durch Verbeulen und Durchrosten entsteht, ist bei dem widerstandsfähigen, unverwüstlichen Steinmaterial ausgeschlossen.

Neben all diesen Vorzügen gestattet der billige Preis den Bezug für Jedermann und gerade da, wo Bedarf in größerer Anzahl vorliegt, wie in Krankenhäusern, Sanatorien, Anstalten und dergl. werden die geringen Anschaffungskosten umso angenehmer empfunden. Mit Preisen etc. steht die Firma Wilhelm Krumeich, Ransbach 12, (Westerwald), unseren Lesern gerne zu Diensten.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— Herzogliche Heil- und Pflege-Anstalt **Königslutter.** Am 9. Dezember d. Jrs. ist der Dr. med. Wilhelm Himburg, gebürtig aus Reinkenhagen, als Assistenzarzt in den hiesigen Anstaltsdienst eingetreten.

— Der vielseitige Betrieb einer modernen Irrenanstalt bringt der Verwaltung und ihren Organen zuweilen Aufgaben aus den entferntesten Gebieten und überrascht sie oft mit Fragestellungen, die gänzlich außerhalb des Rahmens ihrer alltäglichen Tätigkeit liegen; man hält sich zwar durch fachwissenschaftliche Werke und Zeitschriften über Landwirtschaft, Viehzucht, Maschinen, Nahrungsmittel, Bekleidung usw., durch Gesetzeskommentare u. dgl. auf dem Laufenden, aber da taucht z. B. plötzlich eine Frage auf über Kolonialprodukte und damit über die Kolonien selbst, oder aus Physik, Chemie, Statistik, Astronomie, Meteorologie, Geologie, Geographie, Heraldik, Kriegswissenschaft, Heer- und Marinewesen, Verkehrwesen, Handel und Industrie, Geschichte usw., kurz aus Gebieten, über die Nachschlagewerke nicht gleich zur Hand und nicht leicht zu beschaffen sind. Aber auch der Irrenarzt kommt durch die Besonderheiten seines Berufs oft genug unerwartet dazu, sich über Dinge unterrichten zu müssen, die sonst mit medizinischer Tätigkeit gar nichts zu schaffen haben. Bei Gutachten z. B. ist es manchmal unumgänglich notwendig, daß er eine allgemeine Kenntnis von den Eigentümlichkeiten und Anforderungen des Erwerbs des zu Begutachtenden gewinnt.

Unter solchen Umständen gibt es kein wertvolleres Hilfsmittel als ein gutes Konversationslexikon. In diesem Sinne muß als ganz besonders geeignet **„Meyers Großes Konversationslexikon,** ein Nachschlagewerk des allgemeinen Wissens" (Leipzig und Wien, Verlag des Bibliographischen Instituts) von Neuem in Erinnerung gebracht werden. Die letzte, VI. Auflage, dieses Riesenwerkes umfaßt mehr als 150 000 Artikel und Verweisungen auf 18 593 Seiten Text mit 16 831 Abbildungen, Karten und Plänen im Text und auf 1522 Illustrationsbeilagen (darunter 180 Farbendrucktafeln und 343 selbständige Kartenbeilagen) und 160 Textbeilagen, in 20 Bänden (geb. in Halbleder zu je 10 M oder in Prachtband mit Goldschnitt zu je 12 M). Um einiges herauszugreifen, so sei nur angeführt, daß durch 148 Tafeln und Karten in Holzschnitt und Farbendruck das Gebiet der Botanik illustriert ist, das namentlich auch Industrie-, Gespinst-, Nahrungs-, Genußmittel-, Arznei- und andere wichtige Naturpflanzen, die heimischen Giftpflanzen, Zierpflanzen, die deutschen Waldbäume, biologische Gruppen, Florengebiete usw. umfaßt. Zoologie, Entwicklungsgeschichte und Verwandtes sind durch 210 Tafeln und Karten in Holzschnitt und Farbendruck, physikalische und politische Geographie durch 159 Karten in Stahlstich und Steindruck illustriert, Haus- und Landwirtschaft nebst Maschinen, Kultur und Tierzucht durch 41 Tafeln in Holzschnitt und Farbendruck usw. Die Farbendrucke sind durchweg von entzückender Schönheit und geben dabei die natürlichen Farben in bewundernswerter Treue wieder. Erwähnt seien weiter die in ähnlich reichhaltiger Weise illustrierten Gebiete: Bau- und Ingenieurwesen, chemische Technologie, mechanische Technologie, Elektrotechnik, Motoren, Astronomie, Physik und Meteorologie, Kunstgewerbe, Kunstgeschichte. Stadtpläne und Umgebungskarten enthält das Lexikon 103.

Diese Zahlen sprechen beredter für die Gediegenheit von Meyers Konversationslexikon als Lobpreisungen es zu tun vermögen.

Auf einen Vorzug sei noch besonders aufmerksam gemacht: das sind die bei den meisten Artikeln angefügten, oft sehr umfangreichen Literaturangaben: auf Grund dieser ist es leicht, den Weg zu tieferem Eindringen in das begehrte Gebiet zu finden.

Wenn man sich die Tatsache, daß schon die fünfte Auflage von Meyers großem Konversations-Lexikon in nahezu 250 000 Exemplaren (mehr als 4 Millionen Bänden) Verbreitung gefunden hat, in ihrer ganzen Tragweite gegenwärtig hält, so wird man die unvergleichliche kulturelle Bedeutung dieses Sammelwerks menschlichen Wissens ermessen können. — Dieses „Ehrendenkmals deutscher Geistesarbeit", wie es schon bei der fünften Auflage in den „Hochschul-Nachrichten" genannt wurde.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 39. 27. Dezember **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Eindrücke von den Kongressen in London und Gent und von Anstaltsbesichtigungen in Großbritannien und Belgien. Von W. Weygandt, Hamburg-Friedrichsberg. (Fortsetzung.) (S. 475.) — Referate. (S. 481.) — Personalnachrichten. (S. 482.) — Anhang: Die für den praktischen und Anstaltsarzt zur Syphilisdiagnose verwendbaren Serum- und Kutanreaktionen. Von Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben. (Fortsetzung.) (S. 482.)

Eindrücke von den Kongressen in London und Gent und von Anstaltsbesichtigungen in Großbritannien und Belgien.

Von Dir. Prof. Dr. med. et phil. **W. Weygandt** (Hamburg-Friedrichsberg).

(Fortsetzung.)

Soweit bekannt auch der Name des Bethlem Hospitals ist, schon durch die Bilder Hogarths, so kann es doch nicht als Typus einer englischen Anstalt gelten. Selbstverständlich bot der Kongreß auch Gelegenheit, wirklich moderne Anstalten kennen zu lernen. Gewiß sind zahlreiche dieser Anstalten in Deutschland nicht unbekannt, vor allem werden ja die in der weiteren Umgebung Londons liegenden Anstalten öfter besucht, die im Durchschnitt für etwa 2000 Kranke bestimmt sind. Besonders interessant war jedoch der Besuch der von Cardiff, der Hauptstadt von Wales, errichteten Irrenanstalt, die als Beispiel einer nach modernster englischer Auffassung errichteten Fürsorge für Geisteskranke zu bezeichnen ist.

Die Durchschnittsbelegzahl dieser neuen, noch in Entwicklung begriffenen Anstalt betrug in den beiden letzten Jahren gegen 700; 1912 war die Aufnahmeziffer 187. Besonders eigenartig wird dem festländischen Besucher der Hauptlageplan erscheinen: in der Mittelachse liegen die Zentraleinrichtungen, gewissermaßen als Radius eines Kreises, in dessen Zentrum der Eingang liegt. Vom Ende des Radius nach rechts, bezw. nach links erstrecken sich nun die Männer- und die Frauenabteilung in je einem Viertelkreisbogen angeordnet. Alle diese verschiedenen Gebäudegruppen sind nun miteinander durch Verbindungsgänge unter einem Dach vereinigt, so daß die drei Gruppen am Ende des Radius zusammenstoßen. Die ganze Anstalt, von wenigen Nebengebäuden abgesehen, steht also unter einem Dach.

Es ist somit das Extrem einer Entwicklung ausgedrückt, die wir auch in Deutschland noch im Fluß sehen. Die ältesten Anstalten strebten einen um einen Innenhof gelagerten, geschlossenen Gebäudekomplex an, möglichst ein Viereck mit quadratischem Innenhof. Das war sowohl historisch wie auch sachlich bedingt; ursprünglich wurden ja mehrfach Gebäude, die anderen Zwecken gedient hatten, zu Irrenanstalten umgewandelt, Klöster, Strafanstalten, auch Schlösser usw.; diese Gebäude hatten vielfach schon einer derartigen Grundriß. Aber auch der Zweck der älteren Irrenfürsorge war die Sicherung; der Fluchtgefahr wurde nun gerade durch jene festungsartigen, umbauten Höfe am meisten entgegengearbeitet. Allmählich ging man zu einer freieren Lagerung der Gebäude über, es kamen die langgestreckten Korridorbauten auf, in deren Umgebung Nebengebäude und besondere Abteilungen freier gelagert wurden. Später bürgerte sich aber nach dem Vorbild der Krankenhäuser das Pavillonsystem ein. Bei den Krankenhäusern war die Vorbeugung gegen Spitalinfektion der wesentlichste Beweggrund. Auch heute finden wir wenigstens in Infektionsabteilungen noch das ganz differenzierte Pavillonsystem, so daß moderne Infektionskrankenhäuser für die wichtigsten Infektionskrankheiten gesonderte Pavillongruppen aufweisen. Für sonstige innere oder chirurgische usw. Krankheiten werden jedoch gegenwärtig wieder größere Pavillons errichtet, die den alten Korridorbauten nahekommen. Gerade in Großbritannien hat sich diese Entwicklung des Krankenhausbaues zu kleinen Infektions-

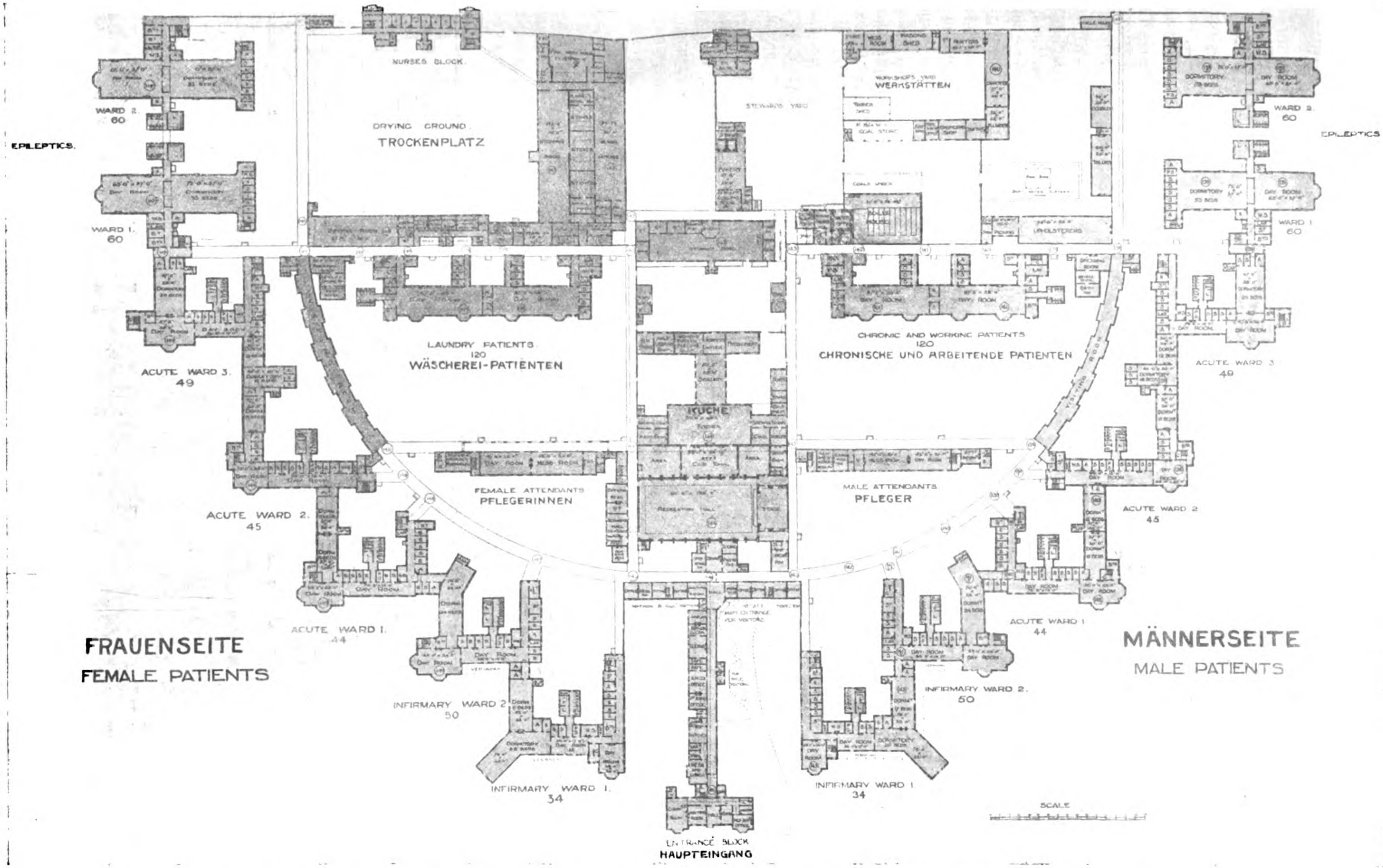


Abbildung 1. Anstalt Long Grove Asylum bei London. (Von der ähnlich angelegten Anstalt bei Cardiff war zur Zeit ein Plan nicht verfügbar.)

pavillons und größeren Hospitälern für anderweitige Erkrankungen, oft vielstöckigen Korridorbauten, besonders stark differenziert. Auch in den Irrenanstalten wagte man in Deutschland mehrfach, die Zersplitterung in sehr zahlreiche kleine Pavillons von 20 bis 30 Kranken zu überwinden durch größere Bauten, zunächst noch pavillonartige Häuser von 100 Kranken, dann aber auch durch die Verbindung mehrerer als Einzelbau gedachter und ausgestatteter Häuser unter einem Dach, sei es, daß ein kleiner Verbindungsgang dazwischen errichtet wurde, sei es, daß diese Bauten mit einer Ecke aneinander stießen. Kostenersparnis war vielfach das Motiv; die Infektionsgefahr bedeutet heute, wo wir über das Wesen und die Verhütung der ansteckenden Krankheiten so unendlich viel besser informiert sind als vor 30 bis 40 Jahren, kein Hindernis mehr. Goddelau in Hessen, sowie Haar bei München sind derart vorgegangen; Langenhorn bei Hamburg hat auch 2 große Häuser von je über 200 Kranken neu errichtet. Um so rationeller und preiswürdiger wird der Betrieb, je homogener das unter einem Dach verpflegte Krankenmaterial ist. Friedrichsberg-Hamburg ist vor nahezu 50 Jahren noch errichtet worden mit einem riesigen Hauptgebäude als Zentralanstalt, an die sich ein Zellenbau derart anschloß, daß eine Art viereckiger Innen-Hof herauskam, der an die ältesten Anstalten, z. B. das aus einem Kloster adaptierte Leubus erinnert, wie es auch von S o m m e r in seinem Londoner Referat ausgeführt wurde. Durch die geschilderte Rückentwicklung des Pavillontypus zu größeren Gebäudeformen wird das alte Hauptgebäude Friedrichsbergs neuerdings wieder modern und kann auch sehr wohl, mit einigen zweckmäßigen Modifikationen, als Zentrum der reorganisierten Anstalt bestehen bleiben, natürlich unter Wegfall des veralteten Zellengebäudes. Das Extrem dieser Neuentwicklung bis zu einem Gebäudekomplex mit innigerem Zusammenbau unter einem einzigen Dach stellen die neuesten englischen Anstalten dar, vor allem die beim Kongreß demonstrierte Anstalt zu Cardiff.

Welche Vorteile und welche Nachteile sind dem System beizumessen? In ersterer Hinsicht kommt in Betracht:

1. Ersparnis an Gelände, da eben alles auf engeren Raum zusammengedrängt ist.

2. Ersparnis an Baukosten, die allerdings gerade bei den englischen Mustern gering sein wird oder ganz wegfällt, während sie bei Zusammenlegung von hunderten Kranker in ein nicht detailliert gegliedertes Gebäude, so in Langenhorn, nicht unbeträchtlich ist und geradezu auch den ersten Beweggrund der Zusammenlegung abgeben kann.

3. Ersparnis an Transportkosten für Speisen, Wäsche usw., wegen der kürzeren und in den Gängen bequem fahrbar gehaltenen Wege. Im ganzen fällt dieser Punkt wenig ins Gewicht.

4. Bessere Kontrolle durch das Oberpflegepersonal und die Ärzte. Es ist zunächst leichter, die einzelnen Abteilungen rasch und ungesehen zu erreichen, als bei Einzelpavillons, bei denen gewöhnlich der herannahende Vorgesetzte schon auf hundert Schritt weit erkannt wird, worauf dann das Personal sich rasch noch auf die Kontrolle vorbereiten kann, während es bei plötzlichem Besuch eher unversehens überrascht wird. Ferner ist es psychologisch verständlich, daß sich auch ein Arzt oder eine sonstige Kontrollperson doch unwillkürlich eher zu einer raschen Kontrollvisite außer der regelmäßigen Zeit entschließt, wenn der Weg schnell durch eine Reihe von Abteilungen führt, als wenn größere Strecken von Haus zu Haus durchs Freie, womöglich bei Frost und schlechtem Wetter, zurückzulegen sind; auf diese häufigen, an keine bestimmte Tageszeit gebundenen Kontrollvisiten kommt aber sehr viel an, wenn das Personal stets voll seine Pflicht erfüllen soll, in dem Gefühl, daß es keinen Augenblick vor einer plötzlichen Überwachung gesichert ist und recht häufig solche Kontrollen stattfinden.

Als Nachteile sind anzuführen:

1. Eine Steigerung der Feuersgefahr. Durch moderne Heizungen und elektrische Beleuchtung ebenso wie durch Feuersicherungsmaßregeln läßt sich dagegenarbeiten. In Großbritannien sind allerdings in manchen Anstalten neben den Zentralheizungen auch noch die landesüblichen offenen Kaminfeuer in Gebrauch, vor allem in den Übergangsperioden; in Schottland wurden sie schon im August benutzt. Die Feuersicherungsmaßregeln sind nun gerade in den dortigen Anstalten in ganz mustergültiger Weise vorhanden. In Cardiff finden sich allenthalben deutlich kenntlich gemachte Feuerlöschgelegenheiten: Wasserleitungsanschlüsse mit Handspritzen und dabei je vier gefüllten Wassereimern. Übrigens ist anzuerkennen, daß in der Geschichte des Irrenanstaltswesens, von nichtärztlichen Einrichtungen wie Admont abgesehen, Feuersbrünste eine ganz erstaunlich geringe Rolle spielten, obwohl bei der vielfach üblichen Gas- und Petroleumbeleuchtung die Gefahr nahe genug gelegen hätte.

2. Hygienische Bedenken: Die Durchlüftung ebenso wie die Sonnenbestrahlung ist zweifellos bei den so winkelig zusammengedrängten Gebäuden geringer, auch könnten sich bei ungenügender Sorge für Reinlichkeit besonders leicht schmutzige Ecken und Winkel einstellen. Reinlichkeit und Hygiene

sind allerdings in den englischen Anstalten auf einer tadellosen Höhe gehalten.

3. Die Übersicht und Orientierung ist erschwert; neu eingetretene Angestellte, besonders die Pfleger, werden geraume Zeit brauchen, bis sie sich in dem so komplizierten Grundriß zurecht gefunden haben. Diese Schwierigkeiten sind aber von Fall zu Fall in einiger Zeit überwindlich.

4. Auch der Eindruck auf das Publikum hat etwas geradezu Verwirrendes. Das Unheimliche und Mystische, das in der Volksmeinung nun einmal der Irrenanstalt anhaftet, wird durch die labyrinthartigen Gänge und die so mannigfach aneinander geschachtelten Bauten entschieden noch vergrößert. Den Anstaltsbetrieb selbst tangieren diese Bedenken freilich nicht.

Was die eigentlichen Krankenräume betrifft, so handelt es sich vorwiegend um große, komfortabel eingerichtete Konversationsräume, die tagsüber von den meisten Kranken benutzt werden, und luftige Schlafsäle, immerhin mit recht reichlichen Betten in einem Raum. Daneben finden sich für den Fall der Unruhe und Erregung von Patienten Isolierräume. Das Verhältnis dieser Isolierräume zu den Betten erscheint nach unseren Begriffen reichlich, so fanden sich bei einem Schlafraum von 42 Betten direkt 7 Zellen und 2 weitere in der Nähe. 9 Waschschüsseln auf 42 Betten erscheinen wenigstens für sozialere Patienten als etwas wenig. Für Epileptische sind niedrigere Betten vorhanden. Zum Baden dienen Fayencewannen mit Holzrand; auch fahrbare Wannen aus Zink stehen zur Verfügung. Die Mischhähne an den Bädern haben zweckmäßigerweise drei Einstellungen: kalt, lau, heiß. Die Nachttöpfe ohne Henkel können nicht so leicht als Waffe benutzt werden, sind aber im Gebrauch doch recht unbequem. Ein Zentralbad ist vorhanden, bei dem auch Gelegenheit zu Dauerbädern gegeben ist, die freilich nicht so intensiv angewandt werden wie in zahlreichen deutschen Anstalten. Auch elektrische Bäder sind vorgesehen. Der Arzneiverbrauch ist sehr gering.

Die Tagesräume sind, wie erwähnt, recht komfortabel. Holzumkleidete Kamine verleihen ihnen ein behagliches Aussehen; zahlreiche Dekorationsstücke, Spiegel, Vasen usw. sind aufgestellt, wenn auch nicht so massenhaft wie in Bethlem. Den Kranken stehen bequeme Fauteuils und Divans zur Verfügung, meist in der Anstalt selbst hergestellt. Zum Musizieren finden sich auch in den Räumen der untersten Verpflegungsklasse elegante Flügel. Billards dienen der Unterhaltung. Natürlich ist für Lektüre gesorgt, auch die Scherl'sche Woche war vertreten.

Wenn schon bei der zusammengedrängten Bauart Gefahr besteht, daß manchen Räumen etwas wenig Tageslicht zuteil wird, ist doch auch dieser Faktor möglichst berücksichtigt; die Schlafsäle haben vielfach Fenster auf zwei Seiten. Für künstliche Beleuchtung ist besonders reichlich gesorgt, so finden sich in einem Raum für 19 Frauen nicht weniger als 16 elektrische Deckenlampen und außerdem noch mehrere Steckkontakte an der Wand.

Bemerkenswert sind noch glasgedeckte Liegehallen, die durch Rolläden gegen Unwetter geschützt werden können.

Zur Beschäftigung der Patienten sind große Werkstätten vorhanden. Der Unterhaltung dient eine sehr geräumige Versammlungshalle mit Bühne.

Recht opulent sind die Kasinoräume für die Ärzte, obwohl die Zahl letzterer nicht groß ist. Vor allem aber sind im Vergleich zu unseren Einrichtungen die Räume für das Personal geradezu luxuriös. Im Durchschnitt kommt eine Pflegeperson auf 10 Kranke; daneben existieren aber noch Scheuermädchen zum Reinmachen. Die Pfleger haben zwei Examina abzulegen und bekommen dann eine ordenartige Auszeichnung; etwa der dritte Teil der Pfleger ist damit geschmückt. Sehr opulent sind die Kasinoräume für die verschiedenen Gruppen von Pflegern, gewöhnlich ein kleiner Speisesaal und ein Konversationssaal nebeneinander, dabei auch Klavier und für die Männer riesige Billards; ferner hat das Pflegepersonal auch Gartenabteile mit Tennisplätzen zur Verfügung.

Für die wissenschaftlichen Untersuchungen sind Laboratorien und Tierställe vorhanden. Neben dem ärztlichen Direktor wirken noch zwei Ärzte für den Krankendienst, ferner ein pathologischer Anatom und ein Chemiker. Die wissenschaftliche Bibliothek enthält zahlreiche deutsche Werke. Verhältnismäßig ist also die Ärztezahl wie in allen englischen Anstalten geringer als bei uns, zweifellos im Zusammenhang damit, daß man in England viel erfolgreicher überflüssiges Schreibwerk fernhält als bei uns, wo an Krankengeschichteneintragungen, Aufbewahren von Schriftsstücken der Kranken, Anhäufen von Aktenmaterial usw. wenigstens in extensiver Hinsicht des Guten oft zu viel getan wird.

Die Errichtung der Anstalt mit ihren in erster Linie für die 200 000 Einwohner von Cardiff bestimmten 800 Plätzen kostete 6 Millionen Mark ohne Bodenerwerb.

Ein einziger Besuch vermag natürlich auch dem in Anstaltsbesichtigungen geübten Besucher nur eine allgemeine Übersicht zu gewähren. Immerhin war aber der Eindruck durchaus günstig und gewiß hatte der Lordmayor von Cardiff allen Anlaß, die Tätig-

keit des Direktors Dr. Goodall zu preisen und ihn als einen sixteen hours man zu rühmen. Jeder der sachverständigen Besucher möchte gewiß dem Urteil der staatlichen Besuchskommission, der Commissioners in Lunacy beistimmen, die in ihrem letzten Bericht erklärte: we have found every thing in the most admirable order.

Von ganz besonderem Interesse war auch die auf dem Kongreß durch die Sektion für gerichtliche Medizin unter der Leitung von Herrn Professor Dr. Harvey Littlejohn, dem Vertreter des Faches an der Universität Edinburgh, veranstaltete Besichtigung der englischen Anstalt für kriminelle Geisteskranke. Bereits 1863 wurde das Broadmor Criminal Lunatic Asylum errichtet, nachdem schon seit Beginn des vorigen Jahrhunderts aus Anlaß des Attentats eines Paranoikers Hadfieldt auf König Georg III. eine Unterkunft für kriminelle Irre geschaffen war, indes noch lange Zeit solche auch inmitten Londons, in Bethlem, untergebracht waren. Fast dreiviertel aller kriminellen Geisteskranken befinden sich in Broadmor. Gegen 60 km westlich von London, in der Nähe des Truppenübungsplatzes Aldershot, liegt die Anstalt auf einem hügeligen Gelände. Sie enthält in einem Hauptgebäude und mehreren Pavillons insgesamt über 800 Plätze. Am 1. Januar 1911 waren 610 Männer und 231 Frauen untergebracht. Diese Proportion, eine Frau auf 2,6 Männer, ist ganz erstaunlich; nach unseren Begriffen wäre etwa 1 : 6 oder eine noch größere Spannung zu erwarten, da die Frauen doch nicht nur an sich weniger kriminell, sondern vor allem als kriminelle Irre doch im ganzen auch entschieden harmloser sind als die Männer. Die Proportion erklärt sich leicht daraus, daß eben der überwiegende Teil der Frauen in Broadmor, gegen 90%, Kindesmörderinnen sind, da diese in England vielfach exkulpiert und dann in sichere Anstaltsverwahrung überwiesen werden, ein Verfahren, zu dem auch in Deutschland gelegentlich gewisse Tendenzen wahrnehmbar sind.

Die Patienten sind zu 30 und 40 in einer Abteilung vereint. Besonderer Wert wird auf zuverlässiges Wartepersonal gelegt; es kommt durchschnittlich 1 Wärter auf 4 bis 8 Pfleglinge. Die Wärter erhalten einen Anfangsbaargehalt von 40 Pfund und steigen bis 68 Pfund jährlich.

Die Zimmer sind geräumig, luftig, reinlich und behaglich; hier und da nur bei der engen Bauart etwas dunkel. Beliebt sind bequeme Korbsessel. Viele illustrierte Zeitschriften werden gehalten. Als Beschäftigung der arbeitsfähigen Kranken dient Schuhmacherei, Schneiderei, Tischlerei. Die Verpflegung ist reichlich, 7 Fleischtage in der Woche; vor allem gemütlich wirkt selbst in diesem traurigen Milieu die englische Sitte der Nachmittagsteestunde.

Selbstverständlich sind gegen Fluchtgefahr energische Sicherheitsmaßregeln vorhanden, wenn auch Zellen mit Gitter von zwei Seiten oder mit Bettstellen aus einem Betonblock vermieden sind.

Seit dem Bestehen der Anstalt sind erst sechs Entweichungen vorgekommen, die letzte im Jahre 1888.

Durchgängig haben die Krankenabteilungen stattliche Gärten und Höfe, auch Tennisplätze zur Verfügung. Mehrfach sind versenkte Mauern angewandt. In den geräumigen Gärten mancher Pavillons wird jedem Insassen ein Stück Gartenland angewiesen, das er selbst nach Belieben bepflanzen kann und dessen Ertrag an Blumen und Früchten er verschenken oder verkaufen darf. Von manchen Abteilungsgärten genießen die Insassen eine prächtige Fernsicht bis auf den erwähnten Truppenübungsplatz hin. Für sozial höherstehende Kranke findet sich eine besondere Abteilung.

Zweifellos macht die Anstalt trotz ihres relativen Alters einen ausgezeichneten Eindruck. Trotzdem möchte ich sie nicht unbedingt als nachahmenswertes Muster hinstellen, vielmehr erscheint das in Deutschland geübte Verfahren, an einzelnen Irrenanstalten besondere Pavillons für Kriminelle zu errichten, doch noch zweckmäßiger. Wohl ist dann der Betrieb einer solchen gemischten Irrenanstalt etwas schwerer, aber immerhin kann eine gut geführte Anstalt, wie Bleuler sagt, 10% Kriminelle noch gut verdauen. Der wesentlichste Grund für das deutsche Prinzip ist folgender: Die kriminellen Geisteskranken sind außerordentlich verschieden hinsichtlich des Grades ihrer Gefährlichkeit bezw. Harmlosigkeit. Dieser Grad wechselt aber zeitweilig; im allgemeinen pflegt im Lauf der Behandlung die Gefährlichkeit nachzulassen. Selbstverständlich darf man auch keineswegs eine direkte Proportionalität zwischen der Schwere der begangenen Verbrechen und dem Grad der Gefährlichkeit annehmen. In einer gemischten Anstalt wird es nun viel leichter, den allmählich sich bessernden Kranken aus der kriminellen Abteilung in eine andere, auch noch wohl überwachte und geschlossene Abteilung, später in ein halb offenes, weiterhin in ein offenes Haus zu bringen, ihm Arbeitsgelegenheit im geschlossenen Raum, dann in der Kolonne auf dem Gelände, auf dem Anstaltsfeld usw. zu geben, ihn schließlich frei zwischen den Pavillons passieren zu lassen, ihn auf weitere Ausflüge mit Wärtern zu senden, ihn stundenweise oder länger zu beurlauben, bis man die Bewährung für

genügend erachtet, so daß mit behördlicher Zustimmung ein Entlassungsversuch in die Freiheit gemacht werden kann. In der lediglich kriminelle Irre beherbergenden Anstalt ist die Kluft zwischen Insassen und Außenwelt viel tiefer und schwerer überschreitbar, so daß jene allmähliche Annäherung des sich bessernden Insassen an die Außenwelt viel weniger leicht durchführbar ist.

Die Irrenanstalten in Schottland bilden eine Klasse für sich; sie sind den deutschen Anstalten ähnlicher als die nach dem Muster von Cardiff geschilderten englischen Anstalten. In der Nähe von Glasgow findet sich die für einen Aufnahmebezirk der fast eine Million Einwohner zählenden großen Schiffsbauindustriestadt, die übrigens auch eine treffliche Universität besitzt, das Govan District Asylum zu Hawkhead. (Direktor Watson). Es enthält 720 Betten, von denen zur Zeit nur 630 belegt sind. Die letzte Ziffer der Jahresneuaufnahmen war 250. Das Gelände ist 143 Hektar groß. Die Gebäude kosteten 5 368 100 M. Die Kosten für ein Krankenbett betrugen einschließlich Gelände und Inventar 8560 Mark.

Errichtet ist die Anstalt im wesentlichen in Form von großen Pavillons, von denen einige durch Galerien zusammenhängen, doch entspricht im ganzen die in freier Gruppierung auf ein etwas hügeliges Gelände hingelagerte Anstalt dem Eindruck einer guten, modernen deutschen Anstalt. Die Krankengebäude sind eingeteilt in solche für akute und solche für chronische Fälle. Es besteht eine Heißwasserheizung, daneben zahlreiche, bereits im August geheizte Kamine.

Für erregte Kranke sind Polsterzellen vorgesehen, die jedoch nur höchst selten benutzt werden; im letzten Jahr soll nur ein Patient einige Mal stundenweise dort untergebracht gewesen sein. Viel angewandt wird die Freiluftbehandlung in Liegehallen, vor allem für Tuberkulöse, die auch in der Nacht im Freien bleiben, möglichst das ganze Jahr durch. Es werden nachts gegen schlechtes Wetter schwere Holzgardinen heruntergelassen und bei niedriger Temperatur Wärmflaschen in das Bett gegeben. Eine Kranke befand sich schon 4 Jahre in der offenen Liegehalle.

Wie es in England vielfach üblich, kommen die nicht bettbedürftigen Kranken zum gemeinsamen Essen in einen großen Speisesaal; Männer und Frauen sitzen dort zusammen, natürlich an getrennten Tischen. Alkoholverabreichung ist nahezu vollständig abgeschafft, noch nicht ein Dutzend alter Patienten erhält zum Bettgehen eine Spur Whisky. Dem Gottesdienst und der Unterhaltung dient eine kolossale Festhalle von zirka 22:33 m Ausdehnung mit einer stattlichen Bühne. Jede Woche wird einmal getanzt, ferner werden Theatervorstellungen und dergleichen gehalten; gelegentlich fallen zwei festliche Veranstaltungen auf eine Woche.

Besondere Gebäude und Anlagen bestehen für die Gutswirtschaft, für Ärzte und Beamte, sowie für das weibliche Pflegepersonal.

Neben der allgemeinen Verpflegungsklasse sind auch eine Reihe zahlender Patienten vorhanden, die jedoch nicht mehr als 12½ Schilling wöchentlich bezahlen. Der Durchschnittsaufwand für einen Patienten beträgt wöchentlich 10¾ Schilling.

Es sind 39 Tagpfleger, 11 Nachtpfleger, 34 Tagpflegerinnen und 10 Nachtpflegerinnen angestellt. Die Pfleger erhalten 640 bis 800 M Gehalt, die Oberpfleger 840 bis 1000 M; die Pflegerinnen 360 bis 520 M, die Oberpflegerinnen 560 bis 800 M.

In der weiteren Umgebung von Edinburgh, in Bangour, West Lothian, besuchte ich das Bangour Asylum, das unter der Leitung von Direktor Dr. Keay im ganzen ähnlich, doch noch etwas moderner angelegt ist. An das Verwaltungsgebäude rechts und links angeschlossen sind Aufnahmepavillons für 60 Frauen und 60 Männer. Daneben finden sich je 2 kleine geschlossene Pavillons für je 40 und 32 Personen. Ein Hospital dient für 90 körperlich Leidende, aber nicht infektiöse Kranke.

Neuerdings ist auch ein Isolierhospital für Infektionskranke, besonders Tuberkulöse, errichtet worden, mit 20 Betten. In diesem Hause ist besonders für eine Fülle von Luft und Licht gesorgt; die Fenster nehmen beide Längsseiten und eine Schmalseite des hauptsächlichen Krankensaales ein. Ferner finden sich 4 Pavillons für weibliche arbeitende Kranke mit je 50 Betten und 5 für männliche arbeitende Kranke, auch mit je 50 Betten. Die Patientenzahl betrug im Herbst 837, bei 250 jährlichen Aufnahmen.

Eine große Versammlungshalle enthält Platz für 700 Personen, also für fünf Sechstel aller Kranken.

Modern eingerichtet sind die Maschinenhalle, die auch die Warmwasserheizung besorgt, die elektrisch betriebene Wäscherei, die Küche, die Bäckerei und die Werkstätten. Die Küche befindet sich in einem Bau mit dem Magazin und einem Laden zur Ausgabe von Materialien. Ein Pavillon ermöglicht Einkäufe durch das Personal, die Kranken und die Besucher.

Auch hier sind für die Bäder die englischen Feuertonwannen zu finden, die übrigens auch dort nicht billiger sind als bei uns (fertig montiert 440 Mark!).

Die Krankenbehandlung zeigt wie schon in Bethlem nach unserem Empfinden die Extreme des Tagsaalaufenthaltes und der Isolierung; selbst Gummizellen sind noch nicht ganz abgeschafft. Die Einzelzimmer sollen als eine Art Vorzug empfunden werden. Komfortabel sind die Tagräume mit behaglichem Mobiliar, und einer Unmenge von stattlichen Konzertflügeln, für jede Abteilung einer, allerdings aus zweiter Hand gekauft, so daß das Stück etwa 20 Pfund kostet. Die Nähmaschinen werden elektrisch betrieben, indem sie an Steckkontakte angeschlossen werden. Das Offentürsystem ist weitgehend durchgeführt; die in oberen Stockwerken gelegenen Veranden sind allerdings durch Gitter gesichert. In den offenen Männerhäusern erscheinen die großen Gestelle zum Zeitungslesen ganz praktisch.

Besonders bemerkenswert ist, daß der Pflegedienst für die frischen Patienten, Männer und Frauen, durchweg von weiblichem Personal versehen wird. Ein prächtiges Kasino vereinigt 50 von den vorhandenen 70 Pflegerinnen; Schreibzimmer, Speisesaal, Unterhaltungszimmer mit Flügel finden sich dort. Jede nurse hat ihr eigenes, schön eingerichtetes Zimmer. Der Tagesdienst dauert von 6 ½ Uhr morgens bis 8 ½ Uhr abends, davon gehen 2 Stunden täglich zum Essen ab; jede Pflegerin hat wöchentlich einen ganzen Tag frei. Der Nachtdienst wechselt alle 3 Monate. Die Oberpflegerin jeder Villa hat 2 Zimmer zur Verfügung und die im Aufnahmehaus noch ein eigenes Badezimmer. Außerdem finden sich für die chronischen männlichen Kranken noch 40 Wärter; davon sind 20 verheiratet und jeder hat ein Häuschen für sich. Heiratserlaubnis wird den Pflegern nach dreijähriger Tätigkeit erteilt. Das Jahresgehalt beginnt mit 60 Pfund im Jahr und steigt jährlich um 2 Pfund. Es sind Pflegerprüfungen eingerichtet, ein Examinator funktioniert für ganz Schottland, 2 für England; wenn der Pfleger sein Prüfungszertifikat besitzt, erhält er eine Zulage von 2 Pfund jährlich.

Auch das übrige Personal für Küche, Wäscherei usw. ist mit Wohnräumen, Speisesälen, Unterhaltungsgelegenheit, Flügel versehen.

Die Verpflegung erscheint verhältnismäßig einfach; Sonntags, Dienstags, Donnerstags wird kein Fleisch gegeben; Freitags gibt es Fische. Die Portion rohen Fleisches beträgt für Männer ca. 250 g, für Frauen ca. 200 g. Besonders beliebt sind Porridge, Puddings und Jams. Der durchschnittliche Aufwand für einen Patienten im Jahr beträgt 580 Mark.

Ausgezeichnet ist der Zustand der Wege in der Anstalt, die durch Aufwälzen einer Mischung von kleinen Steinchen mit einer teerartigen Masse befestigt werden, auch bei schlechtem Wetter gut gangbar sind und doch den parkartigen Charakter der Anlagen nicht beeinträchtigen. Vortrefflich imstand gehalten, wie in ganz Großbritannien, sind die Rasenflächen. (Schluß folgt.)

Referate.

— **Reichs-Medizinal-Kalender. Begründet von Dr. P. Börner.** Herausgegeben von Geh.-Rat Prof. Dr. Schwalbe-Berlin. Leipzig 1914. G. Thieme.

Der Herausgeber kann im Vorwort mit Recht auf die Fülle des in diesem langbewährten Kalender enthaltenen Materials hinweisen, das von keinem der Konkurrenzwerke auch nur erreicht, geschweige übertroffen wird. In Anbetracht des Gebotenen ist der Preis fabelhaft billig, nämlich 5 Mark. Das Werk umfaßt 1800 Seiten. Folgendes der Inhalt nach den Überschriften und Titeln der Kapitel und Hauptabschnitte:

I. Teil: Postalisches. Allgem. Buß- und Bettage des Deutsch. Reiches. Anwendung, Dosierung und Arzneiform der gebräuchlichen, der neu eingeführten und der in dem Arzneibuch für das Deutsche Reich (Pharmacopoea Germanica ed. V) 1910 enthaltenen Heilmittel. Prof. Dr. W. Straub in Freiburg i. Br. — Übersicht der Arzneimittel nach ihren Wirkungen. — Die größten Gaben (Maximaldosen) der Arzneimittel für einen erwachsenen Menschen. — Dosierung wichtiger und differenter Mittel für Kinder. — Tabelle zur Reduktion der üblichen Dosen für Erwachsene auf das dem jeweiligen Alter vor Vollendung des Körperwachstums entsprechende Maß. Dr. J. Hahn in Wien. — Die wichtigsten einfachen Mittel zur subkutanen Einspritzung. — Tropfentabelle zum Normal-Tropfglas mit einer Abtropffläche von 3 mm Durchmesser (Eschbaum). — Löslichkeitstabelle. — Die gebräuchlichen Abkürzungen bei der Rezeptur. — Chemisch unverträgliche Arzneimischungen. — Explosive Arzneimischungen. Rezeptersparnis und Pharmacopoea oeconomica. Prof. Dr. S. Rabow in Lausanne. — Formulae magistrales Berolinenses 1913. — Aus der Deutschen Arznei-Taxe 1913. Prof. Dr. S. Rabow in Lausanne. Daten und Tabellen für den Praktiker (alphabetisch). — Schwangerschaftskalender.—Die gebräuchlichsten medizinischen Bäder (Balnea medicata). — Kurzer Abriß der kleinen Chirurgie mit Einschluß der lokalen Schmerzbetäubung. Prof. Dr. Fr. Pels-Leusden in Greifswald. — Abriß der geburtshilflichen Operationslehre. Prof. Dr. H. Freund in Straßburg i. E. — Erste Hilfeleistung bei einigen plötzlichen und bedrohlichen Erkrankungen. Geh. Sanitätsrat Prof. Dr. J. Schwalbe in Berlin. — Symp-

tome und Behandlung der akuten Vergiftungen. — Scheintod, Wiederbelebung und erste Mittel bei plötzlichen Verunglückungen. Medizinalrat Dr. Stoermer in Berlin. — Erstes Beiheft: Anleitung zur Untersuchung der Sehschärfe, Refraktion und Akkommodation nebst Sehproben. Prof. Dr. Groenouw in Breslau. — Abriß der diätetischen Küche. Prof. H. Strauß in Berlin. — Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Prof. Dr. K. Zieler in Würzburg. — Über Katheter und Bougies, ihre Sterilisation und Anwendung bei den hauptsächlichsten Erkrankungen der Harnwege, nebst einer Anleitung zum Selbstkatheterismus der Patienten. Prof. Dr. F. M. Oberländer in Dresden. — Die Technik der Impfung. Prof. Dr. L. Voigt in Hamburg. — Prozentuale Berechnung der Erwerbsunfähigkeit. — Die (preußischen) Bestimmungen für die gerichtsärztliche Leichenuntersuchung. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. F. Straßmann in Berlin. — Gehalt medikamentöser Präparate an wirksamer Substanz. Nach Chapelle-Harnack. — Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen. — Zweites Beiheft: Alphabetisches Verzeichnis, Charakteristik und Indikationen der wichtigsten Bade- und Kurorte. Dr. C. Schütze in Bad Kösen. — Heil-, Pflege- und Kuranstalten. Dr. C. Schütze in Bad Kösen. — Die deutschen Anstalten für Lungenkranke. Zusammengestellt von Dr. Birke in Görbersdorf. — Die Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Psychisch-Kranke, Trunk- und Morphiumsüchtige etc., jugendliche Schwachsinnige, Epileptische, sowie die Heilerziehungsanstalten im Deutschen Reiche. Oberarzt Dr. Bresler in Lüben. — Einrichtungen und Anstalten zur Fürsorge fürs Kind. Zusammengestellt von Prof. Dr. A. Keller in Berlin. — Die Blindenanstalten im Deutschen Reich. — Die Taubstummenanstalten im Deutschen Reich.

II. Teil: Entscheidungen des Reichsgerichts, der Landes- und Verwaltungsgerichte, der Ehrengerichtshöfe und des Reichsversicherungsamts; Sanitäre Gesetze, Erlasse, Verordnungen etc. betr. das Zivil- und Militär-Medizinalwesen vom September 1912 bis Oktober 1913. Zusammengestellt von Geh. Med.-Rat Dr. Rapmund, Reg.- und Med.-Rat in Minden. — Gebührenordnungen für approbierte Ärzte. — Gebührenordnungen für gerichts- und amtsärzliche Geschäfte. — Organisation des ärztlichen Standes in Deutschland. — Die mediz. Fakultäten des Deutschen Reichs, Deutsch-Österreichs, der deutschen und französischen Schweiz, sowie der mit ihnen verbundenen klinischen Anstalten, medizinischen und naturwissenschaftlichen Institute und Sammlungen. — Das ärztliche Fortbildungswesen in Deutschland. — Verzeichnis der zur Annahme von Praktikanten ermächtigten Krankenhäuser und medizinisch-wissenschaftlichen Institute. — Deutsche Hospitäler im Auslande. — Verzeichnis von Stellen, wo Geschwülste, Probestückchen usw. untersucht und beurteilt werden. — Organisation der Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches. — Die Personalien des deutschen Zivil-Medizinalwesens (Medizinalbehörden und Sanitätsbeamte; Personalverzeichnis der sämtlichen Ärzte Deutschlands; Übersicht der deutschen Hebammen-Lehranstalten, der deutschen Anstalten zur Gewinnung tierischen Impfstoffes) und des Militär-Medizinalwesens mit den üblichen Übersichten und Dienstalterslisten; Ärzte der Schutztruppen; deutsche Zivilärzte im Auslande; Schiffsärzte; Verzeichnis der vom 15. November 1912 bis 15. Dezember 1913 (die Angabe im Inhaltsverzeichnis: 1911 bis 1912 ist ein Druckfehler) verstorbenen Ärzte. Statistik der Ärzte usw.; bearbeitet von Dr. Grätzer in Berlin. Bresler.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Prov. Schlesien.** Prakt. Arzt Hans Schmitz, vorher Einj.-Freiw. Arzt in Wesel, als Assistenzarzt bei der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Tost angestellt. Dr. Walter Gutzeit, Assistent an der städt. Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke in Breslau, als Assistenzarzt bei der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Kreuzburg angestellt. Dr. Ludwig Wicht, Abteilungsarzt bei der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Lublinitz, in gleicher Eigenschaft an die Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Freiburg versetzt. Geh. Sanitätsrat Dr. Franz Simon, Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Lüben mit dem 31. März 1914 in den Ruhestand versetzt.

Anhang.

Die für den praktischen und Anstaltsarzt zur Syphilisdiagnose verwendbaren Serum- und Kutanreaktionen.

Von Oberarzt Dr. **Bresler,** Lüben i. Schlesien.

(Fortsetzung.)

Nach Thomsen und Boas muß die PHR. als die beste der bisher nachgewiesenen Präzipitationsreaktionen gelten. Sie stehe der WR. nach sowohl hinsichtlich der Bedeutung der positiven als der der fehlenden („negativen") Reaktion. Positive PHR. weise zwar mit entschiedener Wahrscheinlichkeit auf Syphilis hin, obwohl ihr nicht ganz so viel Bedeutung beigemessen werden könne, wie der positiven WR. Fehlende („negative") PHR. sei ein Symptom von wenig Wert, weit weniger wertvoll als fehlende WR. Da jedoch vereinzelte Fälle von Syphilis vorkämen, insbesondere

Indurationen vor dem sekundären Ausbruch, ferner latente vorbehandelte Syphilis, sowie manifeste Syphilis in der Behandlung, wo die WR. ausbleibe, während andererseits die PHR. positiv sei, so könne die PHR. hier ihre Bedeutung als Supplement haben.

Voraussetzung für die Verwendbarkeit des mit PHR. erzielten Ergebnisses sei in erster Reihe eine zweckentsprechende Bemessung des Stärkegrades der Lösung des glykocholsauren Natriums.

Für das Präparat Natrium glycocholicum puriss. Merck war die von Herman und Perutz vorgeschriebene 2%ige Konzentration passend, für andere Präparate eine erheblich geringere Konzentration. Zur Feststellung der geeignetsten Konzentration verschiedener Präparate halten Thomsen und Boas die Untersuchung der Tropfenzahl für verschieden konzentrierte Lösungen des Natr. glycochol. für nötig. Sie prüften mit Traubes Stalagmometer und fanden als geeignete Konzentration eine Lösung, deren Tropfenzahl im Verhältnis zu destilliertem Wasser 88 :55 war. Diesem Verhältnis habe eine 2%ige Lösung von Mercks Präparat „purissimum" entsprochen; derart ausgemessene Lösungen hätten untereinander übereinstimmende Resultate ergeben.

Thomsen und Boas haben durch Verwendung einer 0,1- bis 0,15%igen Seifenlösung zur Lösung des glykocholsauren Natrons eine Vermehrung der positiven PHR. mit Syphilissera um 10 bis 15% erzielt; dabei stieg jedoch auch die Zahl der positiven PHR. mit Kontrollseren (unter 62 dreimal). [Es werden 0,2 ccm der Lösung von 2 g Natr. glycochol. in 100 g 0,1- bis 0,15%igen Seifenwasser und 0,2 ccm der im Verhältnis 1 : 19 mit Aq. dest. verdünnten Stammlösung (Natr. glycochol. 2 g, Cholesterin 0,4 g, 95%iger Alkohol 100 ccm) zu 0,4 ccm Serum hinzugesetzt.] Sie vermuten, daß in dem zur Seifenlösung benützten, destillierten Wasser vorhandene Kohlensäure die nicht-spezifischen Reaktionen bewirkt hat und empfehlen, unzweifelhaft kohlensäurefreies Wasser zu verwenden, auch wo nicht Seife bei der PHR. benutzt wird. — Die verschiedenen Cholesterinpräparate zeigten keine Unterschiede in ihrer Wirkung auf das Ergebnis der Reaktion.

Bei Thomsen und Boas findet sich die Angabe, daß Strong (Journ. of med. res. 1911 Nr. 1 vol. 25) 10% positive PHR. unter den Kontrollfällen beobachtet hat, Schmidt (Die Serumdiagnose der Lues mittels der Ausflockung. Med. Klinik 1912 Nr 39) unter 40 Kontrollfällen 18 positive Reaktionen. Thomsen und Boas selbst hatten bei ihren ersten Versuchen mit PHR. auch bei den zur Kontrolle untersuchten Sera von Nicht-Syphilitikern mindestens in 20% der Fälle positive PHR. gesehen; allerdings gaben die Sera der meisten Syphilitiker positive PHR. Dagegen habe Björling (Undersökningar med glykocholsyradt Natron usw. Malmö 1912) keine sichere PHR. unter seinen Kontrollfällen gefunden, und F. So (Zentralblatt f. Bakt. 1912 Bd. 63, Heft 4 bis 6) unter 14 Kontrollfällen nur eine positive PHR., bei der aber auch WR. positiv war.

Thomsen und Boas halten es für wahrscheinlich, daß die Ursache der merkwürdigen Verschiedenheit zwischen ihren eigenen ersten, Strongs und Schmidts Resultaten einerseits und denen der übrigen Untersucher andererseits in der Verschiedenheit der angewandten Präparate zu suchen war. Ihre späteren umfassenderen Untersuchungen, über die hier eingehend berichtet ist, bestätigen in der Hauptsache diese Vermutung.

Sehr umfangreiche Untersuchungen mit der PHR. hat Lade[10]) ausgeführt; sie erstrecken sich auf **600** Fälle.

I. Zunächst 157 Blutsera von sicher Syphilitischen, bei denen die Diagnose in allen Fällen durch Spirochätennachweis (meist Dunkelfeld) sicher gestellt war: PHR. war in 127 Fällen positiv, in 30 Fällen negativ.

Bei diesen 30 Fällen handelte es sich 14 mal um Primäraffekte, und zwar war die Blutentnahme einmal 10 Tage, zweimal 3 Wochen, dreimal 4 Wochen, dreimal 5 Wochen, je einmal 6, 7 und 8 Wochen und zweimal unbestimmte Zeit nach der Infektion entnommen. In 2 Fällen, wo 6 Wochen nach Infektion PHR. negativ war, wurde sie 2 Wochen später positiv. Die übrigen 14 Fälle waren behandelt worden, und zwar 12 davon mit einem Quecksilberpräparat, 1 mit Salvarsan, 1 mit beiden Mitteln; bei 6 jener 12 Fälle war PHR. anfangs und im Beginn der Behandlung stark positiv gewesen und ist demnach unter Behandlung negativ geworden.

Die WR. war bei diesen 157 sicher Syphilitischen nur 120 mal positiv gegenüber den 127 mit PHR. positiven Fällen.

II. 176 Sera von Fällen, bei denen keine

[10]) Erfahrungen mit der Herman-Perutzschen Syphilisreaktion an 600 Fällen. Von Fritz Lade. Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Oberarzt: Dr. Arning) und dem Bakteriologisch-serolgischen Institut (Oberarzt: Dr. Jakobsthal) des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg in Hamburg. Deutsche medizinische Wochenschrift 1913, 10. April, Nr. 15 S. 693.

Syphilis vorlag. In 167 Fällen war PHR. negativ, in 9 Fällen positiv. Die WR. war in 168 Fällen negativ, in 3 positiv, in 5 Fällen fraglich. Jene 9 positiven Fälle betrafen: 2 Malariafälle, 5 Tumorfälle, 1 Schädelschuß, 1 Hirnabszeß.

III. Alte Lues resp. Lues latens: 92 Sera. In 19 Fällen waren PHR. und WR. übereinstimmend positiv, in 36 Fällen übereinstimmend negativ. In den übrigen 37 Fällen stimmten beide Reaktionen nicht überein; in 17 Fällen davon war PHR. negativ, WR. positiv, in 20 Fällen PHR. positiv und WR. negativ.

In den 17 Fällen mit negativer PHR. war neben der ursprünglichen WR. auch die — genauere — Jakobsthalsche Modifikation der letzteren positiv. Hierbei hat demnach die PHR. vermutlich versagt.

In den 20 Fällen war die PHR. radikaler. In 9 von diesen Fällen differierten auch die WR. und die Jacobsthalsche Modifikation, erstere war negativ, letztere positiv. Bei den 11 übrigen Fällen bestand der positive Ausfall der PHR., gegenüber dem negativen der WR. und der Jacobsthalschen Modifikation, sehr wahrscheinlich zu Recht, denn diese Fälle waren im Jahre 1911 oder Anfang des Jahres 1912 zur Behandlung gekommen und hatten erst eine Behandlung hinter sich.

IV. 175 Fälle, bei welchen die Blutuntersuchung über den ev. luetischen Charakter der Affektion Aufschluß geben sollte; darunter auch Tabes, Hirnlues, kongenitale Lues, Aortenlues.

5 Fälle kongenitaler Lues: 3 mit übereinstimmend positiver PHR. und WR. 2 mit positiver PHR., negativer WR. und negativem Jacobsthal; in dem einen dieser beiden Fälle war die positive PHR. zutreffend, denn der Fall zeigte positiven Spirochätenbefund und papulöses Exanthem; der andere war 6 Wochen mit Quecksilber und Salvarsan behandelt worden.

6 Fälle von Lues cerebri: 4 mal einheitlich positiver Ausfall der PHR. und WR., 2 mal einheitlich negativer Ausfall beider Reaktionen.

8 Fälle von Tabes: 2 einheitlich positiv, 5 einheitlich negativ bei PHR. und WR., 1 mit PHR. negativ, WR. und Jacobsthal positiv.

13 Fälle von Aortitis luica: 8 Fälle, in denen PHR. und WR. übereinstimmen, nämlich 5 negative und 3 positive. 3 Fälle mit negativer PHR. und positiver WR., auch Jacobsthal war positiv. 2 Fälle mit positiver PHR. und negativer WR., in dem einen dieser beiden Fälle war aber auch Jacobsthal positiv und in dem anderen wurde eine Infektion, die 1902 erfolgt war, zugegeben.

143 unklare Fälle: bei 101 Sera waren 78 mal PHR. und WR. übereinstimmend negativ, 23 mal übereinstimmend positiv. Bleiben 42 Fälle; in 13 von diesen war PHR. negativ und WR. positiv; hierbei ließ sich weder klinisch noch anamnestisch feststellen, welche von beiden Reaktionen zu Recht bestand. Jacobsthal fehlte teils bei diesen Fällen oder entschied sich nicht durchgehends für eine Seite. Bei den übrigen 29 Fällen mit positiver PHR. und negativer WR. war Jacobsthal 8 mal positiv, also auf Seiten der PHR., sonst fraglich oder negativ.

Diese fraglichen und unklaren Fälle könnten nur durch weitere Beobachtung oder Sektion entschieden werden.

Nach Lade schließt sich PHR. in mancher Hinsicht der alten WR. an, und zwar bei Fällen von Nichtlues und Lues latens. „Dagegen scheint bei sicherer Lues und fraglicher Lues die H.-P.-Reaktion entschieden genauer zu sein, wenn auch hier die exakten Resultate der Jacobthalschen Modifikation in der letzten Rubrik nicht erreicht werden, und das ist vielleicht ganz wünschenswert." Bei den 13 Nichtluetischen mit positiver PHR. würde die spezifische Behandlung kaum geschadet haben, da man ja bei Malaria und Tumoren schon experimenti causa manchmal Quecksilber und Salvarsan reaktionslos angewandt habe; Nierenerkrankungen, bei denen eventuell Quecksilber schaden könnte, seien nicht dabei. Bei den Luetikern mit negativer PHR. wären die 14 Primäraffekte vielleicht bei Unterlassung des Spirochätennachweises einer Abortivkur entgangen und erst bei Ausbruch des Exanthems festgestellt worden; bei 2 Fällen sei die Untersuchung ja später mit positiver PHR. wiederholt; bei den übrigen 14 Fällen lag behandelte bezw. noch in Behandlung stehende Syphilis vor.

Lade kommt zu folgendem Schluß:

„Die Herman-Perutzsche Reaktion wird wohl die Wassermann-Reaktion nicht verdrängen, zumal wir vorerst beide Reaktionen mehr als wissenschaftliche Untersuchung ansehen sollten, die der Erfahrung noch sehr bedürfen, als ihr schon den verantwortungsvollen diagnostischen Wert in dem hohen Maße beizulegen, wie es heute meist geschieht. Dennoch kann ich zur Anwendung der Herman-Perutzschen Reaktion nur raten, vor allem in Verhältnissen, in denen die Benutzung eines serologischen Instituts aus zeitlichen oder ökonomischen Gründen unratsam ist. Von den serologischen Instituten selbst dürfen wir wohl noch auf Sammlung weiteren großen Materials hoffen, um weiterhin zu sehen, was und wieviel man dem H.-P. zutrauen kann und darf."

Bei gleicher Quantität der anderen Komponenten der Reaktion führte eine Verminderung der Serummengen sehr leicht zu positiven Ausschlägen, wo die rite angestellte Reaktion zu Recht negativ blieb. — Im Eisschrank aufbewahrtes Serum schien keine der PHR. nachteiligen Veränderung in kürzerer Zeit (bis zu 8 Tagen) zu erleiden. Daß hämolytische Sera ungünstig seien (Herman und Perutz), fand Lade nicht bestätigt. — Bei der Ausflockung kann man ebenso wie bei WR. 3 bis 4 Intensitätsgrade unterscheiden (feine, aber deutliche Flöckchen bis zu großen, dicken Niederschlägen).

Lade stellte die PHR. genau nach Vorschrift an.

„Nach einer halbstündigen Inaktivierung bei 55° C wurden zu 0,4 Serum je 0,2 einer aufs 20 fache mit Aqua destillata verdünnten Stammlösung (Natrium glycochol. 2,0, Cholesterin 0,4, 95%iger Alkohol 100,0) und einer jedesmal frisch bereiteten 2%igen wäßrigen Natrium-Glykocholat-Lösung zugesetzt. Nach kräftigem Durchschütteln wurden die zur Reaktion benutzten Hängeröhrchen (Durchmesser etwa 5 mm) mit Wattebausch verschlossen und 20 bis 22 Stunden bei Vermeidung jeglicher Erschütterung stehen gelassen. Deutliche Ausflockung wurde dann als positiv angesehen."

Da die Herman-Perutzsche Ausflockungsreaktion in fast allen Berichten günstige Beurteilung erfahren habe und in einigen sogar höher geschätzt werde als die Wassermannsche Reaktion, hat Bräutigam[11]) während drei Vierteljahren am Stubenrauch-Kreiskrankenhaus zu Berlin-Lichterfelde Vergleiche zwischen beiden Reaktionen angestellt an 371 Fällen, davon 329 Sera und 42 Lumbalpunktate. Die Wassermannsche Reaktion wurde im pathologischen Institut dieses Krankenhauses (nach der Originalmethode) angestellt, die Herman-Perutzsche von ihm selbst.

Bräutigams Technik war folgende: „Zu 1 ccm klaren inaktivierten Serums (1/2 Stunde auf 55° erhitzt) wird 1 ccm Reagens zugesetzt; die Flüssigkeit wird dann bis zur innigen Vermischung tüchtig geschüttelt. Das Reagens setzt sich zusammen aus einer 2%igen wässerigen Natrium-glykochol.-Lösung (die zweckmäßig immer frisch bereitet wird) und ebensoviel einer alkoholischen Cholesterinsuspension, die man vorher auf 1 : 20 mit destilliertem Wasser verdünnte. Die Cholesterinsuspension (Natrium glykochol. 2,0, Cholesterin 0,4, Alcohol. absolut. 100,0) braucht nicht so häufig erneuert zu werden, da sie als alkoholische Lösung haltbarer ist als die wäßrige Natrium-glykochol.-Lösung.

Man läßt nun die Flüssigkeiten 24 Stunden bei Zimmertemperatur unter Vermeidung von Erschütterung stehen und liest dann die Resultate — am besten im Reagenzglasständer — ab. Es ist notwendig, daß man die Resultate nach einer bestimmten Zeit abliest, da sich die Reaktion bei längerem Stehen ändern kann. Die weitgehendste Übereinstimmung mit der Wassermannschen Reaktion fand ich nach 20 bis 24 Stunden. Durch Beobachtung nach längerem Stehenlassen — etwa nach weiteren 24 Stunden — konnte ich sehen, daß bei einer mehr oder weniger großen Anzahl von Sera, die beim erstmaligen Nachschauen völlig klar waren, Trübung oder gar Ausflockung eintrat. Es dürfen nur absolut reine und trockene Glassachen verwandt werden. Auch müssen die Mengenverhältnisse des Reagens zum Serum genau gleich sein, also mit der Maßpipette abpipettiert sein, da sonst die Resultate verschoben werden. Ferner empfiehlt es sich, die Flüssigkeit nicht in der Sonne stehen zu lassen; Sonnenlicht beeinflußt die Reaktion ungünstig. Ein großer Unterschied für den Ausfall der Reaktion besteht bei der Verwendung von Natrium glycochol. purum und purissimum. Mit Natrium glycochol. puriss. angesetzt, tritt die Reaktion erst nach etwa 48 Stunden ein und ist überhaupt viel seltener positiv als bei Verwendung von Natrium glycochol. purum. Es hat den Anschein, als ob die geringfügige Verunreinigung des Natrium glycochol. purum den positiven Ausfall der Reaktion stark unterstützt. Ich empfehle jedenfalls, Natrium glycochol. pur. zu verwenden, da ich mit puriss. nur etwa 60% positive Resultate im Verhältnis zur Wassermannschen Reaktion erzielte, während es mit purum nur etwa 5% „unspezifische" positive Reaktionen gab. — Sieht man in der Flüssigkeit eine deutliche Ausflockung, so ist die Reaktion als positiv zu bezeichnen. Den verschiedenen Grad der Ausflockung bezeichnet man zweckmäßig analog der Wassermannschen Reaktion mit +++ (grobe Flocken) oder ++— (deutliche Flocken) oder +—— (feinste Ausflockung). Einfache Trübung oder Niederschlag oder beides besagt nichts. Nur die Ausflockung, d. h. mehr oder weniger große Flocken, die in der Flüssigkeitssäule schweben, gilt als positiv; je stärker und gröber die Ausflockung, desto klarer die Flüssigkeit. Ein Niederschlag fehlt sehr häufig bei positivem Ausfall der Reaktion in den Sera, während in den Lumbalpunktaten bei positivem Ausfall der Reaktion meistens ein Niederschlag vorhanden ist. Lumbalpunktate müssen, wenn sie nicht klar sind (Pleocytose), zentrifugiert werden, da sonst durch die Formelemente eine nichtspezifische positive Reaktion erfolgen könnte. Es sind nun verschiedene Modifikationen der Herman-Perutzschen Reaktion angegeben. So hat z. B. Ellermann seine Methode Nr. 14 empfohlen (3). Ich habe an etwa 50 Fällen diese Methode ausprobiert, dabei aber keine Vorteile gesehen.

Beim Vergleich meiner sowohl nach Herman-Perutz wie nach Wassermann untersuchten Sera bezw. Lumbalpunktate kann ich mich der günstigen Beurteilung der Herman-Perutzschen Reaktion durchaus anschließen."

Bräutigam verwandte kleine Reagensgläser von ca. 10 cm Länge und ca. 3/4 cm Durchmesser,

[11]) Die Herman-Perutzsche Reaktion im Vergleich zur Wassermannschen Reaktion. Von Fr. Bräutigam. Aus der inneren Abteilung des Stubenrauch-Kreiskrankenhauses zu Berlin-Lichterfelde. Berl. klin. Wochenschrift 1913 Nr. 33 S. 1525.

wobei die Ausflockung deutlich beobachtet werden kann.

Die WR. ist sinnfälliger, doch bietet das Ablesen bei der PHR. bei einiger Übung keine besonderen Schwierigkeiten, außerdem ist die PHR. sehr einfach und billig und Fehlerquellen sind so gut wie ausgeschlossen.

Bei den Blutuntersuchungen stimmten in der weit größten Zahl der Fälle die Reaktionen miteinander überein, sowohl bei klinisch nicht vorhandener wie bei klinisch vorhandener Syphilis; in einem Teil der letzteren Fälle ließen beide Reaktionen nach spezifischer Therapie ein Schwinden der positiven Reaktion erkennen, in 30 Fällen annähernd gleichzeitig.

Gegenüber der großen Zahl der übereinstimmenden Resultate bei den Blutuntersuchungen traten die differenten erheblich zurück.

Bei den Lumbalflüssigkeiten entsprachen die Resultate der Herman-Perutzschen Reaktion bedeutend besser dem klinischen Befund. In 9 Fällen von klinisch vorhandener Lues mit Beteiligung des Zentralnervensystems war die PHR. positiv, WR. negativ, nur in einem Falle war dies umgekehrt (WR. +, PHR. —).

Bräutigam erklärt, daß die PHR. eine sehr brauchbare Methode ist,, die der WR. ebenbürtig an die Seite gestellt werden kann.

Kallós[12]) untersuchte das Blutserum von 195 Personen, in einzelnen Fällen nahm er fünfmal die Reaktion vor mit Serum, das zu verschiedenen Zeiten entnommen war. Die WR. wurde gleichzeitig geprüft.

Bei 63 Kontrollreaktionen mit Blutserum von Personen, die von einer Infektion nichts wußten und frei von luetischen Symptomen waren, war PHR. in 60 Fällen negativ, in 3 Fällen positiv. Von diesen 3 war in einem auch die WR. positiv; nach 30 Quecksilbereinreibungen schwanden beide Reaktionen, so daß also latente Lues vorgelegen haben dürfte; es handelte sich um den Krankenwärter einer venerischen Abteilung. Der zweite Fall hatte nach der Anamnese ein Ulcus molle gehabt, vergrößerte, druckempfindliche Lendendrüsen; WR. war negativ, das Blutserum sehr stark lipämisch; nach zwei Monaten war das Blutserum sonnenklar, schwach gelblich, WR. und PHR. negativ; K. bezieht hier den anfänglichen positiven Ausfall der PHR. auf vermehrten Cholesteringehalt des Blutes. Der dritte Fall hatte nach Anamnese niemals ein Ulcus; er hat zwei gesunde Kinder. Kehlkopftuberkulose. WR. war negativ; der Kranke starb bald. In einem anderen Falle von Tuberkulose war PHR. ebenfalls positiv.

Die 132 luetischen Fälle, einschließlich solcher mit latenter symptomenfreier Lues und Paralyse und Tabes untersuchte Kallós gemeinsam mit dem Oberarzt des Garnisonspitals. Es ergab sich bei den Luesfällen PHR. in 88 Fällen = 66,6% positiv, in 44 Fällen negativ; WR. in 86 Fällen = 65,1% positiv, in 46 Fällen negativ.

In 19 Fällen war das Resultat entgegengesetzt, nämlich PHR. in 8 Fällen positiv, in 8 Fällen negativ, dementsprechend WR. in 8 Fällen negativ, in 8 Fällen positiv.

In drei ungewissen Fällen war PHR. zweimal positiv, einmal negativ; WR. zweimal negativ, einmal positiv.

Auf Grund der vorgenommenen Spirochäten-Untersuchungen wurde konstatiert, daß PHR. zu Beginn der syphilitischen Erkrankungen rascher ein positives Resultat ergibt als WR.

Kallós schließt aus seinen Untersuchungen, „daß die Herman-Perutzsche Reaktion eine für Lues spezifische Erscheinung ist, deren Positivität für eine luetische Infektion des Organismus spricht. Im uninaktivierten Serum ist die Präzipitation im allgemeinen ausgeprägter, wodurch sie leichter beurteilt werden kann. Bei primärer Lues tritt diese Reaktion rascher auf als die WR. Sie kann die WR. nicht ersetzen, insofern sie bei sekundärer Lues seltener positive Reaktion gibt. Die Herman-Perutzsche Reaktion kann zur Kontrolle der Daten der WR. empfohlen werden". (Hier gesperrt gedruckt!)

Die Verdünnung der Stammlösung mit physiologischem Kochsalz statt mit destilliertem Wasser (Ellermann) konnte Kallós nicht zweckmäßig finden. (Fortsetzung folgt.)

[12]) Über die Herman-Perutzsche Syphilisreaktion von Med.-Chemiker Joseph Kallós. Aus dem Medizinischen Laboratorium von Dr. Ansiterveil und Kallós in Arad (Ungarn). Deutsche med. Wochenschrift 1913, 25. September, Nr. 39 S. 1885.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 40. 3. Januar 1913/14.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Eindrücke von den Kongressen in London und Gent und von Anstaltsbesichtigungen in Großbritannien und Belgien. Von W. Weygandt, Hamburg-Friedrichsberg. (Schluß.) (S. 487.) — Spätheilung einer Melancholie nach siebenjähriger Ernährung mit der Sonde. Von Oberarzt Dr. Linke, Lüben. (S. 491.) — Mitteilungen (S. 493): Siolis 25jähr. Direktorjubiläum. Stettin. Referate. (S. 493.) — Therapeutisches. (S. 495.) — Personalnachrichten. (S. 496.) — Anhang: Die für den praktischen und Anstaltsarzt zur Syphilisdiagnose verwendbaren Serum- und Kutanreaktionen. Von Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben. (Fortsetzung.) (S. 496.)

Eindrücke von den Kongressen in London und Gent und von Anstaltsbesichtigungen in Großbritannien und Belgien.

Von Dir. Prof. Dr. med. et phil. **W. Weygandt** (Hamburg-Friedrichsberg).

(Schluß.)

Eine besondere Berücksichtigung verdient das Royal Edinburgh Asylum, Morningside. Es besteht aus 2 Anstalten, dem Craig house und dem West house, beide unter Leitung von Dr. Robertson, den 4 klinische Ärzte und ein pathologischer Anatom unterstützen, wozu noch eine Reihe jüngerer medizinischer Hilfskräfte hinzukommen. Der in der Literatur auch bei uns rühmlichst bekannte Sir Thomas Clouston ist Ehren-Konsiliarius.

Das Pflegepersonal ist in beiden Anstalten durchaus weiblichen Geschlechts, ebenso die Vorstände der Küchen und Wäscherei. Nur ein einziger Pfleger existiert, auf besonderen Wunsch für einen Patienten.

Craig house ist eine recht alte Anstalt, indes sind die meisten Gebäude jüngeren Datums, das stattliche Hauptgebäude ist vor 17 Jahren eingerichtet worden. Während die andere Anstalt, mehrere Meilen von der Stadt entfernt, vorwiegend für unbemittelte Patienten bestimmt ist, nimmt Craig house, in einem schönen Vorort der schottischen Hauptstadt gelegen, Pensionäre auf. Es ist ein treffliches Beispiel für den behaglichen Komfort der bemittelteren Stände in England. In dem hügeligen Park mit seinen schönen Bäumen liegen um das Hauptgebäude geschmackvolle Villen. Zwei sind für weibliche Patienten bestimmt, eine für männliche, eine andere sowie das Hauptgebäude für Herren und Damen. Die Räume sind durchaus individuell ausgestattet, mit einem gewissen Luxus. Freiluftbehandlung wird sehr geschätzt. Neben Unterhaltung, vor allem sportlicher Art, wie Tennis, Golf, Hockey, Curling, wird auch die Beschäftigungstherapie getrieben, Handarbeit, Korbflechterei, Gartenarbeit.



Abb. 2.

Geradezu prunkvoll ist der Festsaal, ein riesiger Raum in künstlerischer Ausstattung, wie ihn in dieser Weise weder unsere opulenten Privatsanatorien noch der Steinhof bei Wien aufzuweisen haben, so daß man beim Eintritt sich nach Windsor oder wenigstens in ein fürstliches Jagdschloß versetzt fühlt. (Abb. 2.)

Die Durchschnittsziffer der männlichen Patienten beträgt 100, die der weiblichen 120, während in West house etwa 550 Patienten sind, auch etwas

mehr Frauen als Männer, zum größeren Teil unbemittelte. Die Neuaufnahmen in Craig house betragen durchschnittlich 100 im Jahr. Die Privatpatienten der ersten Klasse zahlen 2 Pfund wöchentlich und werden dann zu 4 oder 5 in kleinen Schlafsälen untergebracht. Bei besonderem Wohnraum und Extrapflegerin steigen die Verpflegungssätze jährlich auf 300 bis 700 Pfund und mehr.

In welcher Weise können uns die britischen Anstalten als Vorbild dienen? Die Zusammendrängung der einzelnen Gebäude zu einem riesigen Komplex wie in Cardiff ist auch bei uns, wie erwähnt, in gewissem Grade angebahnt. Aber zu jenem Extrem sollte es doch nicht kommen; Kranke wie Angestellte pflegen doch schließlich ein für sich stehendes Gebäude eher wie eine Art Heim zu empfinden, als eine Abteilung in einem labyrinthischen Riesenbau, dessen meisten Abteilungen ihnen dauernd unzugänglich bleiben und als etwas Fremdartiges entgegenstehen.

Die schroffe Kluft zwischen Tagsaalbehandlung und Einzelraumbehandlung wird bei uns auch keine Lobredner finden. Für akute, erregte, körperlich sieche und auch suizidale Kranke ist die Bettbehandlung die wichtigste Form. Dauerbäder werden bei uns ausgiebiger angewandt. Auf Zellen können unsere Anstalten nahezu vollständig verzichten; Gummizellen sind bei uns wohl nirgend mehr vorhanden; die hier und da noch existierenden Polsterzellen könnten durchaus entbehrt werden. Bei der ausgedehnten Tagsaalbehandlung in England ist wohl auch zu berücksichtigen, daß das Naturell der dortigen Bevölkerung an sich deutlich ruhiger ist und weniger zu Gefühlsausbrüchen und motorischen Entladungen neigt, als bei uns. Übrigens ist ja auch in Deutschland der Unterschied der ruhigeren norddeutschen Bevölkerung gegenüber dem lebhaften, vielleicht durch Weingenuß beeinflußten Wesen in manchen süddeutschen Gegenden unverkennbar.

Beachtenswert erscheint die sehr ausgedehnte Freiluftbehandlung.

Reinlichkeit, hygienische Einrichtungen und Feuersicherheit sind in den britischen Anstalten musterhaft, doch streben auch unsere Anstalten eifrig nach dieser Richtung hin.

Ein großer Teil des ruhigen, behaglichen Charakters der englischen Anstalt beruht zweifellos auf der trefflichen Qualität des Pflegepersonals. In dieser Hinsicht wirken mehrere Faktoren zusammen:

1. auskömmliche Bezahlung,
2. gute Ausbildung mit Prüfungen,
3. ein gewisses Prämiensystem, Gehaltszulage nach bestandener Prüfung sowie Berechtigung, eine sichtbare Auszeichnung zu tragen,
4. Gewährung eines hohen standard of life, geradezu komfortable Unterkunft und angenehme Unterhaltungsgelegenheit.

Mancherorts ist förmlich ein Rekord erreicht, indem jeder Pflegeperson ein Zimmer gewährt wird und dem männlichen Personal nach 3 Jahren Heiratserlaubnis gegeben und eine kleine Villa zur Verfügung gestellt wird. Dazu kommen behagliche Kasinoräume, Eß- und Konversationssäle, sowie Tennisplätze. Es ist fraglos, daß es dadurch den Pflegern erleichtert wird, ihre Tätigkeit als einen bleibenden Beruf, nicht als einen vorübergehenden Notbehelf anzusehen. Durch das clubartige Zusammenleben im Kasino werden sie vor minderwertigen Zerstreuungen, vor allem Bummeln und Kneipen, bewahrt. Geistige und körperliche Anregung durch Musikinstrumente, Spielplätze usw. kommen durch Hebung des geistigen und körperlichen Niveaus doch wieder dem Dienst zugute.

Wir müßten in Deutschland sprungweise vorgehen, wollten wir plötzlich eine derartige Lebenshaltung des Pflegepersonals einführen. Die Mehrkosten wären so groß, daß die Behörden von vornherein abgeschreckt würden. Es ist zu beachten, daß eben in England die Lebenshaltung auch breiter, unbemittelter Bevölkerungsschichten in mancher Hinsicht etwas höher steht als bei uns, daß ein gewisser Komfort, der vielfach in Wirklichkeit tiefen hygienischen Sinn hat, als selbstverständlich gilt, und daß körperliche Übungen besonders weit verbreitet sind. Aber eine Verbesserung unseres Pflegepersonals in mancher der erwähnten Richtungen läßt sich auch bei uns anstreben. Daß schließlich die Versorgung auch der Männerabteilungen einer großen Anstalt durch weibliches Pflegepersonal möglich ist, wie in Bangour und Edinburgh, hat sich bei uns in kleinerem Maßstabe auch bereits erwiesen.

Eine bemerkenswerte Erscheinung in der englischen Psychiatrie bedarf noch der Hervorhebung: Man trifft zahlreiche namhafte Psychiater, die früher Direktoren großer Anstalten gewesen sind, aber ihre Stelle nach einer geraumen, erfolgreichen Wirksamkeit aufgegeben haben und dann sich entweder in das Privatleben, in die Spezialpraxis oder wissenschaftliche Tätigkeit zurückgezogen haben oder noch als Ehren-Konsiliarien wirken und besonders auch in den trefflichen Organisationen staatlicher Beaufsichtigungskommissionen der Irrenanstalten ihre Sachverständigkeit zur Geltung bringen.

Die Einrichtung hat vorbildliche Bedeutung: Einmal wird dadurch die Zirkulation frischer, unverbrauchter Kräfte im Anstaltsbetrieb gefördert und die durch allzulanges Kleben gelegentlich drohende Stagnation vermieden, dann aber wird auch auf diesem Wege den staatlichen Aufsichtskommissionen ein besonders hoher Grad von Kompetenz verliehen. Selbstverständlich muß es sich bei diesen oberen Aufsichtsposten um wirklich hervorragende Positionen handeln, so daß es für einen Anstaltsleiter auch tatsächlich einen Fortschritt bedeutet, wenn er eine solche Stellung übernimmt. Die bei uns übliche Beaufsichtigung durch Kommissionen, in denen neben Laien Psychiater sitzen, die diese Tätigkeit nur ganz im Nebenamt ausüben, oder etwa Anstaltsdirektoren desselben Bezirks, den die Kommission beaufsichtigen soll, oder gar nur Amtsärzte, die der Psychiatrie und Irrenfürsorge mit bescheidenster Sachkunde gegenüberstehen, kann nimmer eine so gründliche Tätigkeit ausüben und wird auch bei dem der Psychiatrie gegenüber so mißtrauischen Publikum nicht das Höchstmaß von Vertrauen beanspruchen können, wie es möglich wäre, wenn nach englischem System die Hauptrolle in der staatlichen Beaufsichtigung des Irrenfürsorgewesens gerade den hervorragendsten und erfahrensten Psychiatern übertragen würde.

Als Anhang an den Internationalen Medizinischen Kongreß in London konnte der Internationale Kongreß für Neurologie und Psychiatrie in Gent betrachtet werden, der wohl etwas hastig vorbereitet war, wobei man hoffte, durch die Ausstellung besonders anziehend auf die Besucher zu wirken. Die Teilnehmerzahl war bescheiden, die belgischen und die französischen Psychiater waren weitaus in der Majorität. Immerhin hatte z. B. Österreich Regierungsvertreter übersandt.

Aus dem reichen Programm seien erwähnt die Referate und Vorträge über kolloidale Struktur der Nervenzellen und ihre Variation im normalen und pathologischen Zustand (Marinesco), über syphilitische Spondylitis (Sachs-Newyork), über Frühdiagnose und Lokalisierung der Gehirntumoren (Déroitte-Gheel), über Paralysebehandlung (Pilcz), über die psycho-pathologische Bedeutung der inner-sekretorischen Drüsen (Parhon-Bukarest), über Nerven- und Geisteskrankheiten in Brasilien (Moreira-Rio), über Pathologie des neurofibrillären Nervenzellnetzes (Donaggio-Modena), über vestibulare Reaktionsbewegungen bei experimenteller Oblongataverletzung (Rothfeld-Lemberg), über Zurückversetzung der Persönlichkeit (Sollier), über Psychologie der Zeugenaussage (Ley und Menzerath), über Intelligenzprüfung bei anormalen Kindern (Décroly), über Organisation der Fürsorge und Beobachtung Geisteskranker außerhalb der Anstalten (van Deventer), über Zwergwuchs bei Hirnkrankheiten und Schwachsinn (Weygandt).

Auf dem Kongreß selbst war Gelegenheit geboten zur Besichtigung der klösterlich geführten Anstalt St. Josèphe in Gent-Strop. Trotz der alten Baulichkeiten konnte man doch den Eindruck gewinnen, daß man bemüht ist, die jugendlichen Geistesschwachen in der mannigfachsten Weise anzuregen, sie hygienisch und pädagogisch zu fördern. Das demonstrierte reichliche Übungsmaterial erschien freilich mehr diagnostisch als didaktisch verwertbar. Reigenvorführungen von Jugendlichen, die möglichst etwas uniformiert erscheinen, machen immer einen sympathischen Eindruck. Zahlreiche Gärtchen und Spielplätze sind vorhanden. Auf die prinzipielle Stellung, die als die einzige vernunftgemäße psychiatrischerseits gegenüber den Privatanstalten solcher Art einzunehmen ist, will ich an dieser Stelle nicht eingehen.

Ein offizieller Besuch der im Auslande bekanntesten Irrenfürsorgeeinrichtungen Belgiens war nicht vorgesehen, der Irrenkolonie zu Gheel, doch hatte ich durch die freundliche Führung des dirigierenden Arztes Dr. Meeus Gelegenheit, der eigenartigen Einrichtung einen eingehenden Besuch zu widmen. Auf die Organisation der Kolonie, die nach Jahrhunderte alter Übung und einer tief in das Mittelalter zurückreichenden Tradition dort die Geisteskranken familiär verpflegt, während nur ein kleiner Bruchteil in der Zentralanstalt untergebracht ist, will ich hier nicht näher eingehen. Die Einrichtungen sind ja in Deutschland bei zahlreichen Psychiatern durch eigenen Augenschein, allgemeiner aber vor allem durch die ausführlichen Schilderungen Alts bekannt. Jedoch ist zu betonen, daß seit diesen Schilderungen doch noch manche Fortschritte zu verzeichnen sind. Die Zentralanstalt erfuhr Verbesserungen und auch für die sich der familiären Pflege widmende Bevölkerung sind eine Reihe neuer Wohnhäuser in der Peripherie des Städtchens geschaffen worden. Vor allem aber ist die Organisation der unter dem belgischen Justizministerium stehenden Kolonie durch eine neues règlement général, genehmigt vom König am 17. Mai 1912, modernisiert worden, so daß jetzt die ärztliche Oberleitung durchaus gewährleistet ist.

Natürlich wird den Kranken, die da allein oder

zu zwei oder drei Personen bei Privatleuten untergebracht sind, nicht jener Komfort und jenes Maß von hygienischen Einrichtungen geboten, wie in einer modernen Irrenanstalt. Aber sie leben eben ganz auf demselben Fuß wie die einheimische Bevölkerung, gelten als Familienglieder und fühlen sich wohl dabei. Die Beköstigung ist appetitlich und reichlich; bei meinem Rundgang traf ich (allerdings am Sonntag) überall ein Stück Braten auf dem Tisch. Zunächst mag vielleicht ein Besucher den Kopf schütteln, wenn er auch gelähmte oder schwache Patienten in den manchmal etwas winkeligen Wohn- und Küchenräumen sitzen und die gewöhnlich ziemlich engen Treppen passieren sieht. Aber durch die freundliche Umsicht und Mithilfe der Familien wird solchen über die Schwierigkeiten hinweggeholfen. Auch die in den meisten Fällen vorhandenen zwei bis vier Kinder haben sich mit den Kranken angefreundet. Die sonntäglichen Besuche auswärtiger Verwandten stellen für die Pflegefamilien vielfach ein kleines Fest dar.

Daß sich die Kranken wohl fühlen und ihnen Ausreichendes geboten wird, ergibt sich vor allem aus zwei Tatsachen: 1. Mehrfach sind auch Kranke aus Familien von Ärzten dort untergebracht, und 2. auch die holländische Regierung hat mehrere hundert Kranke dort in Pflege gegeben, über die sie durch den auch in Deutschland rühmlichst bekannten Psychiater Staatsinspektor van Deventer Revisionen vornehmen läßt, die durchaus, wie ich von dessen eigenem Munde hörte, zur Zufriedenheit ausfallen.

Man sieht Kranke, die etwas arbeitsfähig sind, für 90 Centimes täglich verpflegt; für jene mit Lähmung und Anfällen werden 1 Franc 5 centimes entrichtet. In einer Familie ist schon seit drei Jahren eine Paralytische in Pflege. Ein Ehepaar mit induktivem Irresein hat man in einer Familie gelassen, ebenso drei paranoide Schwestern mit gegenseitiger Induktion. Von Holland werden 521 Francs Jahrespflegesatz für den einzelnen Kranken bezahlt, davon sind 121 Francs für die Verwaltung der Kolonie und 400 für die Verpflegung seitens der Familie. Der Bruder eines französischen Arztes ist für 1500 Francs jährlich untergebracht, wofür ihm ein nettes Schlafzimmer zur Verfügung steht. Manche Plätze mit 2 schönen Zimmern gehen bis auf 3000 und 4000 Franc.

In besonders günstiger Weise ist in Gheel das erfüllt, was die erfahrensten Kenner der Familienpflege als vor allem wichtig ansehen; die Eigenart der Bevölkerung, die dem Charakter nach friedlich und freundlich sein muß, ohne erhebliche alkoholische Gefährdung, auf der Lebenshaltung einer ländlichen Kleinstadt, dabei nicht so gut situiert, daß die immerhin bescheidenen Verpflegungssätze für sie keine anziehende Wirkung mehr hätten, aber auch nicht auf so niedriger Lebenshaltung, daß die Krankenverpflegung auf ein Minimum herabgedrückt würde. Gewiß gehört eine ganz besondere Umsicht und ein hohes Maß von Takt seitens der Ärzte dazu, um diesen weit verzweigten, komplizierten Betrieb im rechten Gange zu halten, so daß den Kranken ihr Recht wird und die Bevölkerung mit Lust und Liebe ihre Aufgabe erfüllt.

Für Hamburger Verhältnisse würde die Aufgabe, eine Familienpflege größeren Umfangs einzurichten, recht schwer liegen. Die Nähe der Großstadt, die dadurch bereits in ihrem dörflichen Charakter beeinflußten Nachbarorte, die Art der Bevölkerung, bei den Männern die Alkoholneigung und anderes erschweren einen Versuch. Selbstverständlich spielt auch da, wo sich an eine bestehende Irrenanstalt eine Familienpflege angliedern soll, der Gesichtspunkt eine Rolle, daß der Krankenbeschäftigung in der Anstalt dann zunächst eine Reihe brauchbarer Krankenarbeitskräfte entzogen werden. Immerhin halte ich es nicht für ausgeschlossen, daß sich auch von Hamburg aus einmal eine Familienpflege in bescheidenem Umfange einführen läßt. Vor allem sollte bei Errichtung der 3. Anstalt dieses Ziel sofort mit berücksichtigt werden, die ja auch wegen ihrer entfernteren Lage eine geeignetere Umgebung dazu hätte als Friedrichsberg und Langenhorn.

Noch ein anderer Umstand verdient Berücksichtigung. So schwierig es auch ist, im Hamburger Staatsgebiet noch einen geeigneten Platz für eine 3. Irrenanstalt zu finden, so wurde doch bisher die Erwägung, ob nicht eine solche auf preußisches Gebiet zu verlegen sei, stets zurückgestellt. Selbstverständlich würde ein solcher Schritt ja mannigfache rechtliche Schwierigkeiten bringen. Aber nachdem längst die Hamburger Jugendfürsorgebehörde zahlreiche Unterkunftsstellen für ihre Pflegebefohlenen in ganz Norddeutschland beschafft hat und neuerdings auch auf Hannöverisch-Sand nach entsprechendem Vertrag mit Preußen eine anstaltsartige Einrichtung vorgesehen ist, sollte auch der Weg gangbar sein, eine Irrenanstalt oder wenigsten Teile einer solchen, etwa die für Landwirtschaftsbetrieb bestimmten Einrichtungen und Gelände, auf preußisches Gebiet zu legen. Die Schwierigkeiten sind gewiß nicht un-

überwindbar, jedenfalls wird es immer noch viel einfacher zu organisieren sein, als in dem Beispiel Gheels, wo der holländische Staat auf völlig ausländischem Gebiet hunderte seiner Kranken behördlich unterbringt und durch seine Vertrauensmänner revidieren läßt.

Spätheilung einer Melancholie nach siebenjähriger Ernährung mit der Sonde.

Von Oberarzt Dr. **Linke**, Lüben in Schlesien.

Nachstehender Beitrag zur Casuistik der Melancholie dürfte nach Verlauf und Ausgang des Falles berechtigt sein:

Frau N. N., geboren 1845, erblich angeblich nicht belastet, hat immer etwas gekränkelt, machte vier Entbindungen durch. Die Periode verlor sie schon Anfang der vierziger Jahre, wurde damals „nervös" und bekam Neuralgien und Schwäche in den Händen. Diese Beschwerden verloren sich wieder, die „Nervosität" blieb bestehen; alles strengte sie an, im Körper hatte sie ein Gefühl der Leere. Von Mitte Juli 1904 ab wurde sie ängstlich, wollte nicht mehr allein bleiben. In den folgenden Monaten trat traurige Verstimmung hinzu, Patientin weinte viel. Eine Unterleibsentzündung, die sich jetzt einstellte, wurde behoben, doch verlor die Kranke danach den Schlaf. Die Angst steigerte sich. Patientin jammerte laut, äußerte Selbstbeschuldigungen, Kleinheitsideen und Lebensüberdruß. Ihre Angehörigen hielt sie für geisteskrank, wollte bei ihnen wachen, schrie laut um Hilfe. In schwerer ängstlicher Erregung wurde sie am 25. Dezember 1904 in die Irrenanstalt zu X. aufgenommen. Sie stöhnte anhaltend, rang die Hände, jammerte, verlangte aus der Welt geschafft zu werden, war nicht zu fixieren. Die körperliche Untersuchung der großen, schlank gebauten Frau ergab Steigerung der Sehnenreflexe. Der erste Ton an der Herzspitze war unrein. An den Unterschenkeln fanden sich Varicen. — Am dritten Tage nach der Aufnahme ließ der Affekt nach. Die Kranke zeigte sich orientiert, verteidigte sich gegen die Vorwürfe, die sie sich selbst gemacht hatte. Wenn sie aus der Angst erwache, sei es ihr, als sei sie eine Zeit lang „weg gewesen." Im Körper habe sie das Gefühl von Hitze, der Kopf werde dick, wenn sie sich umlege. Sie sei wohl gehirnkrank. Sinnestäuschungen wurden geleugnet, nur ein „Lärm sei im Gehirn". Nach einigen Stunden schon kehrte die Angst zurück. Patientin verlangte wieder von der Welt geschafft zu werden. Sie sei abgestumpft, habe kein Leben mehr in sich, das Herz sei wie Holz. Der Schlaf erfolgte in dieser Zeit nur auf Schlafmittel. Unter Darreichung von Opium ließ die Angst allmählich nach, nur nach der Nahrungsaufnahme nahm der „Druck" immer noch zu. Als der Kranken Anfang März 1905 Entlassung in Aussicht gestellt wurde, erfolgte nochmals ein Ausbruch schwerer Angst. Opium erzielte neue Besserung, doch blieb die Kranke kleinmütig. Am 13. April 1905 wurde sie auf Antrag des Ehemannes gebessert entlassen; nach drei Tagen mußte sie bereits nach der Anstalt zurückgebracht werden. Der Angstaffekt war zu Haus sofort zurückgekehrt und bald zur alten Höhe angewachsen. In der Anstalt zeigte er zunächst noch Schwankungen, um dann im August 1905 mehr konstant zu werden. Die Kranke stöhnte leise, rang und knetete die Hände, gleichzeitig wurde sie mutacistisch. Wegen Verweigerung jeder Nahrung mußte von Mitte August 1905 ab Sondenernährung Platz greifen. Anfang Februar 1906 wurde Pat. für einige Tage freier, erklärte, sie könne nicht essen, weil sie nicht schlucken könne. Versuche, zu schlucken, mißlangen. Sie verstummte alsdann wieder und mußte weiter gefüttert werden. In den Monaten März und April 1906 nahm sie ungefähr vier Wochen lang flüssige Nahrung zu sich. Von da ab bis zu ihrer am 13. Juli 1906 erfolgten Überführung nach der hiesigen Anstalt wurde sie dauernd mit der Sonde ernährt.

Bei der Aufnahme in die hiesige Anstalt war Patientin mutacistisch, duldete keine eingehendere körperliche Untersuchung. Sklerose der peripheren Arterien war nicht nachweisbar. Das Gewicht der übergroßen Frau betrug nur 81 Pfund. Die Kranke rieb und knetete beständig ihre Hände, stöhnte monoton. Da alle Versuche, sie zum Trinken von Milch zu bewegen, scheiterten, mußte sie sofort mit der Sonde gefüttert werden. Am Tage nach der Aufnahme wiederholte Patientin anhaltend die Worte „schlagt mich tot". In den nächsten Monaten wechselte dann monotones Stöhnen und Jammern mit kurzen, oft wiederholten, verbalen Äußerungen: „Schlagt mich tot wie einen tollen Hund", „ich kann nicht mehr leben". Zeitweise hörte man nur das Wort „tot", „tot", „tot", und zwar synchron mit jeder Exspiration. Miene und Blicke zeigten dauernd heftige Angst, das Reiben und Kneten der

Hände blieb bestehen. Am 20. Januar 1907 wurde einmal der Mutacismus im Affekt durchbrochen: „Lieber, goldener Herr Doktor, machen Sie mich tot, es ist kein Schlaf mehr, es ist ein Liegen; der Geist ruht gar nicht mehr. Geben Sie mir Morphium, Chloroform, daß ich sterbe. Mein Mann soll kommen und erlauben, daß ich totgemacht werde." Eine weitere sprachliche Äußerung erfolgte im November des Jahres 1907. Damals erklärte Patientin gegenüber einer Pflegerin, sie esse nicht, weil der Hals zu sei, sprechen könne sie auch nicht, wenn sie jammere, sei ihr wohler. Während der Jahre 1908 bis 1911 blieben dann Mutacismus, Abstinenz, Angstbewegungen, monotones leises Jammern konstant. Eine im Februar 1908 eingeleitete Opiumkur blieb ohne jeden Erfolg. Im September 1910 machte die Kranke einen Versuch, sich mit dem Taschentuch zu strangulieren. Die Fütterung ließ sie sich stets ohne Sträuben gefallen, sie blieb dauernd sauber, Schlaf erfolgte für Stunden ohne Schlafmittel. Im Laufe des Jahres 1912 änderte sich das Krankheitsbild insofern, als Mutacismus Abstinenz und Depression wohl bestehen blieben, die Angst aber für Tage, später für Wochen nachließ. In den freieren Zeiten hörte das Jammern auf, Patientin begann Journale zu lesen. Suchte man sie zum Sprechen oder zum Trinken zu bewegen, so schüttelte sie den Kopf und deutete mit dem Finger auf Lippen und Hals. Schriftlich sich auf Fragen zu äußern, lehnte sie ebenfalls ab. Im Mai 1912 schrieb sie an ihren Sohn die Worte: „nur sterben". Das Körpergewicht zeigte im Laufe der Jahre mehrfache Schwankungen zwischen 75 und 80 Pfund. Im Januar 1913 hatte es wieder mit 75 Pfund den tiefsten Stand erreicht. Die Kräfte der Kranken begannen bereits in bedrohlichem Grade nachzulassen. Sobald sie das Bett verließ, mußte sie gestützt werden, da sie taumelte.

Am 5. Januar 1913 äußerte die Kranke, als sie früh die Vorbereitungen zur Fütterung sah, mit leiser Stimme zur Pflegerin, sie wolle die Milch trinken. Festes könne sie nicht schlucken, daran würde sie erwürgen. Sie trank dann sofort die Milch und genoß an demselben Tage noch Eier, eingeweichte Cakes und Semmel. Weitere sprachliche Äußerungen waren nicht zu erzielen. Zufällig erhielt die Kranke am folgenden Tage den Besuch ihres Sohnes. Auch diesem antwortete sie nur durch Gesten; als er jedoch das Zimmer verließ, rief sie ihm nach: „Komm bald wieder!"

Im Laufe der folgenden Monate gewöhnte sich Pat. allmählich an festere Kost. Die sprachlichen Äußerungen wurden häufiger, die Stimme wurde lauter.

Vom Frühjahr ab lag die Kranke viel im Garten im Liegestuhl, bald fing sie auch an zu gehen, zuerst mit Hilfe eines Stockes. Die Stimmung wurde eine gleichmäßig heitere; Patientin beteiligte sich an der Unterhaltung, beschäftigte sich mit Handarbeiten und Lektüre. Das Körpergewicht stieg rasch, das Gesicht bekam frische Farbe, der Schlaf wurde anhaltender. Über ihre Leiden äußerte sich Patientin rückhaltslos mit voller Einsicht. Sie habe dauernd ein unerklärliches Angstgefühl gehabt. Schon vor ihrer Erkrankung sei es oft vorgekommen, daß sie bei Ärger und kleinen Aufregungen nicht ordentlich schlingen konnte. Das habe sich in der Krankheit verschlimmert. Es war ihr, als wäre der Hals zugeschnürt. Wenn sie auch gewollt hätte, sie hätte doch nicht schlingen können. Gleichzeitig sei ihr die Zunge gelähmt erschienen, so daß sie auch nicht sprechen konnte. Jetzt sei sie frei von Angst.

Am 26. Oktober 1913 wurde Patientin genesen zu ihren Angehörigen entlassen. Die Zunahme des Körpergewichts betrug im ganzen 29 Pfund.

Die Bezeichnung des oben skizzierten Falles als Melancholie mit Angstzuständen, Gefühlstäuschungen und durch diese bedingter Abstinenz dürfte keinem Einwand begegnen. Spätheilungen der Melancholie nach mehrjährigem Bestehen sind wohl bekannt, doch dürfte eine Heilung nach neunjähriger Dauer der Krankheit schon zu den großen Seltenheiten gehören, zumal wenn sie wie hier im 68. Lebensjahre eintritt. Als besonders bemerkenswert erscheint aber an unserem Falle, daß eine volle Genesung noch eintrat, nachdem erst während sieben Monaten und dann nach einer kurzen Phase spontaner Aufnahme flüssiger Kost 6 ³/₄ Jahre lang ununterbrochen die Ernährung mittels der Sonde hatte erfolgen müssen, wobei ein langsamer Rückgang der Kräfte natürlich nicht zu vermeiden war.

Der Fall zeigt deutlich, daß wir uns auch bei vorgerücktem Alter und nach mehrjährigem Bestehen der Psychose hüten müssen, die Prognose ungünstig zu stellen, solange noch Anzeichen für das Fortbestehen einer primären Affektstörung vorhanden sind. Vor allem aber mahnt er zur Vorsicht, wenn eine Ehescheidung wegen Geisteskrankheit zur Debatte steht. Es wäre gewiß verzeihlich gewesen, wenn der Sachverständige in obigem Falle bei dem hohen Alter der Kranken und in den späteren Jahren des Leidens die Bedingungen des § 1569 BGB. als erfüllt bezeichnet hätte. Arzt und Kranke konnten hier eine böse Überraschung erleben.

Mitteilungen.

— **Sioli's fünfundzwanzigjähriges Direktor-Jubiläum.** Am 1. November waren es 25 Jahre, daß der Direktor der Frankfurter Irrenanstalt, Prof. Dr. Emil Sioli die Leitung des Instituts übernommen hat. Der Jubilar hatte sich durch Abwesenheit von Frankfurt äußeren Ehrungen, die die Ärzteschaft und Freunde geplant hatten, entzogen. Nun haben die jetzigen und früheren Assistenten, von denen vier allein Lehrstühle der Irrenheilkunde an deutschen Universitäten besetzten, in einer Festschrift eine Reihe von Arbeiten niedergelegt, die den Jubilar mehr ehren als jedes andere Zeichen der Anerkennung.

In einem einleitenden Artikel „25 Jahre Psychiatrie" gibt Prof Alzheimer, der angesehene Psychiater der Universität Breslau, der vierzehn Jahre unter Sioli Assistent gewesen, einen Überblick über die Fortschritte der Irrenpflege in den letzten 25 Jahren, und eine Würdigung der Verdienste Siolis um ihren Ausbau. Insbesondere spiegeln sie sich auch wider in der Entwicklung der Frankfurter Irrenanstalt unter der Leitung von Sioli.

An die Anstalt gliederte sich unter Siolis Leitung eine Abteilung für Nervöse, Minderwertige und Psychopathen an. Das Fürsorgegesetz des Jahres 1900 brachte neue Aufgaben, denen die Frankfurter Anstalt voll gerecht wurde, und auch der Trinkerfürsorge hat Sioli weitgehendste Beachtung geschenkt. Im Jahre 1901 wurde für Trunksüchtige die Hüttenmühle bei Köppern erworben und die Kranken einer umfangreichen landwirtschaftlichen Beschäftigung mit bestem Erfolg zugeführt.

Neben seiner praktischen und verwaltungstechnischen Arbeit hat Sioli auch stets Zeit für wissenschaftliche Forschungen erübrigt; seine Arbeiten über die so wichtige Frage der Vererbung der Geisteskrankheiten war eine der ersten auf diesem Gebiet. Vor allen Dingen hat er aber seine Mitarbeiter zu ständiger wissenschaftlicher Arbeit angeregt und gefördert. Bahnbrechende Arbeiten eines Nißl, Alzheimer sind aus dem Laboratorium der Frankfurter Heilanstalt hervorgegangen.

Mit Befriedigung kann Prof. Sioli auf die 25 Jahre seiner Tätigkeit in Frankfurt zurückblicken. Möge es ihm vergönnt sein, auch noch in den nächsten Dezennien zum Wohle der Anstalt und ihrer Patienten zu wirken und zu schaffen.

— **Stettin.** Die Kückenmühler Anstalten feierten am 14. Dezember das 50jährige Bestehen. Eine Festschrift erschien aus dieser Veranlassung als Sonderheft der „Zeitschrift für die Erforschung des jugendlichen Schwachsinnes" in Bd. VII mit Beiträgen von Chefarzt Dr. Schnitzer, den Oberärzten Dr. Mangelsdorf und Dr. Joedicke sowie Abteilungsarzt Dr. Pensky. Zur Feier waren die Spitzen der Behörden erschienen. Der Oberpräsident Exz. von Waldow überreichte dem Chefarzt Dr. Schnitzer den Roten Adlerorden IV. Kl.

Referate.

— Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild. Redigiert von Oberarzt Dr. Bresler, Lüben i. Schl. I. Band. Halle a. S. 1914, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Die Herausgabe dieses soeben erschienenen Werkes entspricht, wie es im Vorwort heißt, dem vielfach bekundeten Wunsche, die illustrierte Beschreibung von Anstalten für Geisteskranke, wie sie in: Deutsche Heil- und Pflege-Anstalten für Psychischkranke in Wort und Bild (1910 und 1912, zwei Bände) und: Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild (1912, herausgegeben von Regierungsrat Dr. H. Schlöß) erfolgt ist, fortgeführt zu sehen. Dieser Wunsch verdankt seine Entstehung der allgemein anerkannten Nützlichkeit jener voraufgegangenen Werke.

Das internationale Bild der Irrenpflege, das sich in diesem Bande entrollt, ist wegen seiner Mannigfaltigkeit ganz besonders lehrreich. Das nachstehend abgedruckte Inhaltsverzeichnis gibt einen Einblick in die Reichhaltigkeit des Werkes.

Belgien. La colonie de l'Etat à Gheel pour le traitement familial des affections mentales; par le dr. Fr. Meeus, médecin-directeur. Description de l'Asile d'Aliénées de l'Etat a Mons. Institut St. Joseph, pour femmes aliénées, a Erps-Querbs (Brabant). Etablissements belges d'aliénées desservis par la Congrégation des Fréres de la Charité, de Gand. Asiles desservis par les soeurs de Charité, de Gand. Asile d'aliénées St. Jérome. Saint-Nicolas (Waes), Belgique, Province de la Flandre Orientale.

Brasilien. Das Irrenwesen in Brasilien; von Professor Dr. Juliano Moreira, Direktor der National-Irrenanstalt in Rio de Janeiro. Irrenpflege in Rio de Janeiro. Irrenpflege in S. Paulo.

Bulgarien. Das Irrenwesen in Bulgarien; von Dr. Danadschijeff, Primarius der Abteilung für Psychisch- und Nervenkranke im Alexanderspital zu Sofia.

Dänemark. Die Irrenanstalten in Dänemark. Sindssygehospitalet ved Aarhus; von Direktor Dr. Hallager. Die projektierte Staatsirrenanstalt; von Dr. med. Th. Holm. Abteilung für Geisteskranke des Kommunehospitals von Kopenhagen; von Professor Dr. med. A. Friedenreich. Sindssygehospitales ved Middelfart; von Agner Helweg, Direktor. Die Kopenhagener Irrenanstalt „St. Hans Hospital" bei Roskilde; von Direktor Dr. med. A. Wimmer. Sindssygehospitalet i Viborg; von Direktor Dr. Christian Geill. Sindssygehospitalet ved Vordingborg; von F. Willerup, Direktor.

Deutschland. Rheinische Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg-Hau. Brandenburgische Landesirrenanstalt zu Eberswalde bei Berlin; von Sanitätsrat Direktor Dr. Zinn. Großh. Badische Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz; von Direktor Medizinalrat Dr. L. Oster. Lothringische Bezirks-Heil- und Pflegeanstalt

Lörchingen; von Dr. F. Sandner, Direktor der Anstalt. Das feste Haus der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Plagwitz (Bober); von Dr. von Schuckmann, Oberarzt. Die Provinzialheilanstalt in Stralsund; von Sanitätsrat Dr. Horstmann. Staatl. Heilanstalt für Nervöse und Geisteskranke, Lübeck-Strecknitz; von Direktor Dr. Wattenberg.

Holland. Die Pflege idioter und geistig zurückgebliebener Kinder in Ermelo (Holland); von F. Kortlang. Besonderes Strafgefängnis für Männer im Haag (Holland); von J. W. Deknatel, dirigierender Arzt der Anstalt. Meerenberg; von Direktor Dr. G. C. van Walsem. Die Heil- und Pflegeanstalt „Maasoord" der Stadt Rotterdam (Holland); von Direktor W. Vos. Verein christlicher Fürsorge für Geisteskranke in Holland, mit dem Sitz in Utrecht. Heil- und Pfleganstalt „Voorburg" in Vught bei s'Hertogenbosch; von Dr. Hilbers, dirig. Chefarzt. Christliches Sanatorium für Nervenkranke in Zeist.

Italien. Manicomio provinciale di Udine.

Japan. Irrenanstalten in Japan; von Professor Dr. Shuzo Kure. Die Tokio-Fu Sugamo Byo-in. (Städtische Pflege- und Heilanstalt zu Tokio). Kameido-Nobyo-in. Negishi-Byo-in. Iwakura-Byo-in. Tokio-Nobyo-in. Oji-Seishinbyo-in. Hoyo-in. Imura-Byo-in. Niigata-Nobyo-in.

Norwegen. Hospice d'aliénés de M. le docteur Dedichen a Ostre Aker pres de Kristiania. Asile privé d'aliénés.

Rußland. Klinik für Nerven- und Geisteskranke der Kaiserlichen Universität in Jurjew (Dorpat), Livland. Anstalt Günthershof bei Mitau (Kurland); von Anstaltsdirektor Dr. med. Hermann Hildebrand. Städtische Anstalt Libau (Kurland). Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke „Kochanowka" bei Lodz; von Direktor Dr. W. Chodzko. Die Irrenabteilung am Nikolai-Militärhospital zu St. Petersburg; vom Chefarzt Professor Dr. Paul Rosenbach. Heilstätte der „Gesellschaft zur Fürsorge für Nerven- und Gemütskranke im Gouvernement Estland" Seewald bei Reval; Direktor Dr. E. von Kügelgen. Die Irrenanstalt der Landesverwaltung der Provinz Smolensk in Gedeonowka; von Direktor Dr. Paul Maximow. Die Livländische Landes-Heil- und Pflegeanstalt Stackeln; von Direktor Dr. Albert Behr. Privatanstalt Thabor bei Mitau in Kurland. Irrenanstalt Warta bei Kalisch (Königreich Polen); von Dr. Luniewski, Leiter der Anstalt. Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke bei Winniza; von Direktor Dr. G. G. Bojno-Rodsewitsch.

Serbien. Irrengesetze in Serbien; von Dr. W. M. Subotic, Direktor der Königl. Serbischen Irrenanstalt zu Belgrad.

Ungarn. Königlich ungarische Staats-Irrenheilanstalt Lipotmezö in Budapest; von Direktor Dr. G. Oláh. Königlich ungarische Staatsheilanstalt für Geisteskranke in Budapest-Angyalföld; von Direktor Dr. L. Epstein. Königl. ungarische Staats-Irrenheilanstalt in Nagyszeben; von Direktor Dr. Pándy. Die königlich ungarische Staats-Irrenheilanstalt in Nagykallo; von Direktor Dr. Strobl. Justizielle Landesbeobachtungs- und Irrenheilanstalt in Budapest, X. Bezirk (Königliches Landessammelgefängnis); von Universitätsdozent Dr. Nemeth. Geisteskrankenabteilung des „Erzsébet"-Armenhauses der Haupt- und Residenzstadt Budapest; von Universitäts-Professor Dr. Karl Schaffer, Direktor-Oberarzt. Schwartzersches Sanatorium in Budapest. Dr. Eugen Ringers Heilanstalt für Gemütskranke beiderlei Geschlechts, Budapest I., Lenkeut. Irrenabteilung des Néográder Komitatskrankenhauses in Balassagyarmat. Irrenabteilung des städtischen Krankenhauses Debreczen; von Kenézy. Die Irrenabteilung in Eger. Abteilung für Geisteskranke des Komitatsspitales in Gyula (Bekeser Komitat). Die Irrenabteilung des Maramaroscher allgemeinen Komitats-Krankenhauses in Maramarossziget; von Oberarzt Dr. Hegyi. Die psychiatrische Abteilung des „Erzsébet"-Komitats-Spitals in Miskolcz. Die Irrenanstalt des Biharer-Komitatsspitals in Nagyvarad. Die mit dem allgemeinen Krankenhause der Stadt Pecs in Verbindung stehende Irrenheilanstalt; von Oberarzt Dr. Sipöcz. Die Irrenabteilung des allgemeinen Krankenhauses „Erzsébet" zu Satoraljaujhely; von Dr. J. v. Molnar. Die Abteilung für Geisteskranke des allgemeinen Krankenhauses in Szabadka. Irrenabteilung des „Ferencz"-Spitals in Szekszard; von Direktor Tanarky. Die Blumsche Anstalt für Geistesminderwertige und Epileptiker in Pelsöcz (Gömörer Komitat); von Direktor Blum. Kur- und Erziehungsanstalt für epileptische Kranke in Balf; von Dr. Stefan Wosinski, erblich römischer Graf, Direktor. Die familiäre Kolonie Dicsöszentmarton; von Direktor Dr. Mozes Szöcs.

Das Werk, auf matt Kunstdruckpapier gedruckt, umfaßt in Quartformat 372 Seiten. Die Zahl der Abbildungen — Innen- und Außenansichten, Grundrisse, Pläne usw. beträgt rund 450. Das Werk wird in bisheriger Weise fortgesetzt werden. Ein weiterer Band (der fünfte des ganzen Werkes) soll so bald als möglich erscheinen.

— Sommer, Prof. Dr. R., Geh. Med.-Rat in Gießen: Öffentliche Ruhehallen. Hochesche Sammlung zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankh. X. Band, Heft 4.) Halle 1913, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Ausgehend von der Betrachtung, daß Übermüdung im heutigen Erwerbsleben einen wichtigen Faktor zur Entstehung von Nerven- und Geisteskrankheiten darstellt, hat Verfasser schon seit einer Reihe von Jahren für die Einrichtung öffentlicher Ruhehallen plaidiert. Es hielt schwer, die nötige Anerkennung zu finden. Den ersten Plan hat S. bereits 1902 ausgearbeitet und in der „Krankenpflege" veröffentlicht. Erst 1911 gelang es ihm, eine Ausstellungsleitung zu einer Ausführung zu veranlassen. Auf der internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden wurde für 6600 M ein solcher Pavillon mit 265 qm Grundfläche und 10 Kabinen (5 für jede Geschlechtsseite), vor denen je im Freien ein Ruhestuhl stand, nach den Angaben des Gießener Ordinarius gebaut und auch trotz des Preises von 50 und 30 Pf. pro Stunde gut besucht. Die Großstädte Deutschlands und des Auslandes, denen S. nun seinen Vorschlag unterbreitete, waren aber noch nicht dafür zu haben, das Projekt in die Praxis zu übersetzen. Die Städteausstellung in Düsseldorf (1912) hat S. dann mit neuen Plänen und Entwürfen, bei deren Anfertigung er einen Architekten hinzugezogen hatte, be-

schickt; die Herstellungskosten ohne Grund und Boden und ohne innere Einrichtung betrugen aber diesmal das zehnfache der Dresdener Ausgaben. Mittlerweile hatte denn auch eine Berliner Firma den Sommerschen Gedanken praktisch auszuführen begonnen, S. selber aber hat sich davon ferngehalten, den Standpunkt der reinen Sozialhygiene wahrend. Ein Versuch, die preußisch-hessische Eisenbahnverwaltung für seine Pläne zu interessieren, zeitigte auch für S. lediglich einen ministeriellen Bescheid in ablehnendem Sinne; und doch sei gerade hier dem Ruhebedürfnis des Publikums durch Vermehrung der Schlafgelegenheiten in Wagen und auf den Bahnhöfen Rechnung zu tragen eine gebieterische Forderung der Jetztzeit, wie S. weiter ausführt. In den Schlußkapiteln werden dann noch Berufsgenossenschaften, Privatunfallversicherungsgesellschaften und die Landesversicherungsanstalten auf das Interesse hingewiesen, das gerade sie an der neuen Einrichtung haben. Es wäre zu wünschen, daß der Plan des Gießener Psychiaters wenigstens hier und da einmal zur Ausführung käme, um statistisch belegen zu können, ob die aufgewandten Kosten sich direkt oder indirekt rentieren.

Wern. H. Becker - Weilmünster.

— Gerhard, J. P., Die Schule der Alsterdorfer Anstalten. Jena, 1913. Fischer.

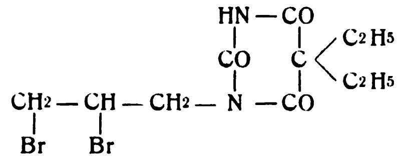
Nachdem im vorigen Jahre uns Kellner durch Herausgabe einer Broschüre einen Einblick in seine ärztliche Tätigkeit an der Hamburger Idioten- und Epileptiker-Anstalt in Alsterdorf hatte tun lassen, erhalten wir heuer einen recht interessanten Überblick über die Tätigkeit des Heilpädagogen an der Schule der Alsterdorfer Anstalten. Im ersten Kapitel wird ein geschichtlicher Rückblick gegeben, im zweiten werden wir mit dem Schülermaterial bekannt und im dritten wird uns, in zum Teil recht detaillierter Weise, von der Unterrichtsmethode erzählt. Obwohl von dem Arzt der Anstalt nirgends die Rede ist, erhält man bei der Lektüre des Buches doch den Eindruck, als ob die Schulleitung es sich angelegen sein ließe, den Errungenschaften der modernen praktischen Psychologie gerecht zu werden und sich, besonders was psychopathologische Untersuchungsmethode betrifft, auf dem Laufenden zu erhalten. Einzelne Abweichungen von der Regel in der Heilpädagogik werden in einleuchtender Weise begründet. Man hat nach der Lektüre des Buches den Eindruck, als ob die Idiotenfürsorge und das Hilfsschulwesen im Staate Hamburg recht auf der Höhe ist, zumal ein Zusammenarbeiten mit dem Psychologischen Institut des Staates (Leiter Professor Meumann) recht gedeihlich mitzuwirken scheint.

Wern. H. Becker - Weilmünster.

Therapeutisches.

Diogenal. Ein bromhaltiges Derivat des Veronals = Dibrompropyldiäthylbarbitursäure. Von Prof. R. Heinz, Vorstand des pharmakologischen Instituts der Universität Erlangen. Münch. med. Wochenschr. 1913 Nr. 47.

Heinz berichtet über die pharmakologische Prüfung dieses von E. Merck-Darmstadt hergestellten bromhaltigen Veronals. Die Formel ist:



Es ist ein weißes, feines, schwach bitter schmeckendes Kristallpulver, in Wasser fast unlöslich, gegen Säuren, auch gegen die Salzsäure des Magens, beständig, von ganz schwach saurer Natur, löslich in Alkohol, Äther und in Fetten (Olivenöl), allmählich löslich im alkalischen Darmsaft. Schmelzpunkt bei 126°. Beim Erwärmen mit verdünnten Alkalien oder Kochen mit Wasser wird allmählich Bromwasserstoff abgespalten. Bromgehalt 41,6%. Es ist lokal indifferent, auch gegen sehr empfindliche Schleimhäute, wirkt nicht als Protoplasmagift, auch nicht gegenüber Leukozyten.

Bei Tierversuchen zeigten sich weder nach einmaligen großen Dosen noch nach öfteren mittleren Dosen Funktions- oder Organstörungen; Blut und Urin waren auch durchaus normal; Puls und Blutdruck waren unverändert, letzterer auch im Stadium tiefer Betäubung (bei einem Kaninchen, das 3 g erhalten hatte). Das Brom des Diogenals wird nur sehr allmählich ausgeschieden, ein großer Teil im Körper retiniert. Beim ca. 1,5 kg schweren Kaninchen bewirkten 2,5 g Diogenal: Schlaf und Betäubung; nach 12 Stunden völlige Erholung; 3,0 g Diogenal: Betäubungsartigen Schlaf, viele Stunden anhaltend, kein Koma, keine Temperatursenkung; 4,0 g Diogenal: Betäubung, Koma, Temperatursenkung, Tod. Diogenal erwies sich zum mindestens 4 mal weniger giftig als Veronal; die therapeutische Energie entsprechend deutlich geringer, milder.

Über Diogenal, ein neues Sedativum. Von Dr. Friedr. Mörchen in Ahrweiler. Aus dem Kurhaus Ahrweiler. Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 48.

Diogenal wurde seit Oktober 1912 fast ununterbrochen in zahlreichen Fällen leichterer und schwererer psychischer Erkrankungen angewandt. Beim Einnehmen stieß der Geschmack des Mittels nirgends auf Widerstand. Zur unbemerkten Darreichung in Apfelmus, Suppen usw. eigneten sich die Pulver besser. Das Ergebnis der klinischen Versuche war, daß Diogenal sich zur Anwendung bei allen Formen von Nervenkrankheiten und Psychosen eignet, bei denen Sedativa indiziert sind. Ein deutlicher hypnotischer Effekt trat, sobald es sich um stärkere Erschwerung des Schlafes handelte, nicht zu Tage. Es erzeugt auch in größeren Dosen von 2,0 g (4,0 bis 5,0 g pro die) keine unangenehmen Nebenwirkungen, auch keine subjektiven; die Kranken fühlten sich durchaus wohl; Stimmung und Allgemeingefühl besserten sich. Mittlere Dosis 3 mal 1,0 g bei stärkeren Erregungszuständen, 3 mal 0,5 g bei leichterer Unruhe. Kumulierende Effekte wurden nicht beobachtet.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Neustadt (Holst.)** Dritter Arzt, Oberarzt Dr. Walther wurde am 18. Dezember 1913 zum zweiten Arzt und stellvertretenden Direktor ernannt. Erster Hilfsarzt Dr. Spanuth scheidet am 1. Januar 1914 aus dem Anstaltsdienst und tritt zur Landesheilanstalt Sonnenstein bei Pirna in Sachsen über.

— **Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg.** Herr Prosektor Dr. Theodor Joseph Martin Kaes ist am 22. Dezember 1913 verstorben.

Anhang.

Die für den praktischen und Anstaltsarzt zur Syphilisdiagnose verwendbaren Serum- und Kutanreaktionen.

Von Oberarzt Dr. **Bresler,** Lüben i. Schlesien.

(Fortsetzung.)

Das Landausche Jodölreagens.

Die Landausche Reaktion [18]) dürfte ebenfalls berufen sein, von jedem Arzte, der weder ein serologisches Laboratorium, noch die Zeit zu umständlichen Arbeiten darin hat, bei der Diagnose der Syphilis verwandt zu werden.

Landau ging ebenfalls davon aus, daß die ursprüngliche Behauptung, daß es sich bei der WR. um Antigen und Antikörper handelt, nicht mehr haltbar ist, da auch bei Verwendung von alkoholischen Extrakten aus normalen Organen und bei Benutzung von Lezithin und Cholesterin die WR. positiv ausfällt. Sie beruht vielmehr auf kolloidaler Fällung der Sera der Syphilitiker mit lipoiden Stoffen, die in den Organextrakten enthalten sind, also auf einem physikalisch-chemischen Vorgang.

Landau prüfte das Verhalten luetischer Sera gegenüber Halogenen, insbesondere gegenüber Jod. Nach vielen Untersuchungen ergab sich folgende Methode als die geeignetste.

„Zur Anstellung eines Versuchs ist erforderlich: 1. Blutserum des zu untersuchenden Patienten. Das Blut wird durch Einstich in die gereinigte Fingerbeere mittels einer Lanzette in der Achse des Fingers entnommen, einige Stunden stehen gelassen, der Blutkuchen vom Rande mittels Platindrahtes abgelöst, das Serum abgezogen und, wenn nötig, zentrifugiert. Die Seren gelangen im aktiven Zustande zur Untersuchung.

2. Das Jodölreagens. Als Lösungsmittel für das Jod wird das in Drogerien erhältliche weiße Paraffinöl (Ol. Vaselini) verwendet. Im Drogenhandel wird nebst dem weißen auch gelbes (entsprechend dem Vaselin. flav.) Öl geführt, das jedoch ebenso wie das in den Apotheken erhältliche chemisch gereinigte Vaselinöl nicht geeignet ist. Das weiße Paraffinöl ist leichtflüssig, opaleszierend, in dicker Schichte leicht gelblich. Das chemisch reine Vaselinöl der Apotheken ist wasserklar, nicht opaleszierend, das gelbe Paraffinöl ist durch seine intensive Färbung ohne weiteres kenntlich. Mittels einer hängenden kleinen Apothekenwage wurden 0.025 g Jod. pur. abgewogen, in einem gehöhlten Glasblock unter Zusatz von 0.2 ccm Alkohol mittels eines Glasstäbchens bis zur Lösung verrieben und zu 50 ccm weißem Vaselinöl im Meßzylinder (mit Glasstöpsel) beigefügt. Das gut durchgeschüttelte Jodöl weist rotviolette Färbung auf. Eine Reihe von Versuchen an klinisch sicheren Fällen erwies die Konzentration von 0.025 g Jod zu 50 ccm Paraffinöl als geeignet, wobei die Resultate nach zwei bis vier Stunden durch Zusatz einer Stärkelösung abgelesen wurden. Das Reagens muß vor dem Versuche stets frisch hergestellt werden.

3. Die Stärkelösung. Die als Indikator dienende Stärkelösung wird nach dem in der Jodometrie üblichen Verfahren in der Weise hergestellt, daß man etwa 1 g feingeriebener Kartoffelstärke in einem Reagenzrohr anhaltend mit etwas kaltem Wasser schüttelt, sie dann so lange erhitzt, bis eine fast klare Lösung entstanden ist. Die Lösung ist nicht sehr haltbar und muß öfters frisch bereitet werden. Die Stärkelösung ist immer in der Kälte anzuwenden.

Die Versuchsanordnung ist folgende:

Die Eprouvetten (10 cm lang, 0.8 bis 1 cm breit) werden vor Anstellung des Versuches unter Anwendung einer graduierten Meßpipette und Metallfeile mit der Marke 2.7 ccm versehen (entsprechend 0.2 ccm Serum plus 2.5 ccm Reagens). Hierauf gibt man 0.2 ccm des zu untersuchenden Serums in die Eprouvette, überschichtet es bis zur Marke mit dem Reagens (2.5 ccm). Die Dosierung des Reagens mittels einer graduierten Meßpipette in unmarkierte Eprouvetten erwies sich als ungenau, da das ölige Reagens der Glasrohrwand adhäriert.

Die Eprouvette wird nun kräftig bis zur innigen Vermischung von Serum und Reagens geschüttelt, wobei sich das Reagens immer mehr entfärbt, und mit Gummistöpsel versehen, horizontal im dunklen Raume bei Zimmertemperatur gelagert. Je nach der für die betreffende Ölsorte vorher festgestellten Reaktionszeit werden nach

---

[18]) Dr. Wilhelm Landau: Untersuchungen über eine Reaktion luetischer Sera mit einem Jodöl-Reagens. (Aus der Abteilung für Syphilis und Hautkrankheiten und der Abteilung für medizinische Pathologie der Wiener Allgemeinen Poliklinik), Wiener klinische Wochenschrift, Nr. 42 vom 16. Oktober 1913.

zwei bis vier Stunden einige Tropfen Stärkelösung zugesetzt, wobei normale Seren tief blauschwarz, luetische unverändert hellgelb erscheinen. (Schwach positive Seren weisen Spuren von Blaufärbung auf.) Behufs Erhöhung der Sicherheit werden stets je ein normales und ein luetisches Serum als Kontrolle mituntersucht."

Die Untersuchung von 66 Luesfällen ergab, daß die Zahl der positiven Jodölreaktionen die der positiven Wassermann-Reaktionen um 27% übertraf. „Alle Fälle des Tertiärstadiums ergaben positive Jodölreaktionen, die Sklerosen um 17% mehr positive Reaktionen als nach der Wassermann-Reaktion. Die Kontrollfälle ergaben negatives Resultat nach beiden Reaktionen."

Die Sera gelangten zwei bis zehn Stunden nach der Blutentnahme zur Untersuchung; bei Seren, die älter als 20 Stunden waren, fiel die Reaktion schwächer aus oder gab unrichtige Resultate. (Von 129 zum Teil älteren Seren, von denen viele sich nicht mehr klar zentrifugieren ließen, waren 112 nach WR. positiv, 88 nach Landaus Jodöl-Reaktion positiv.) Die Sera müssen also bei letzterer Reaktion möglichst frisch untersucht werden.

Inaktivierung der Seren hatte keinen Einfluß auf die Reaktion.

Die Landausche Reaktion beruht vermutlich darauf, daß das Jodbindungsvermögen der im luetischen Blutserum vorhandenen Reagine (im weitesten Sinne) oder Fettsäuren ein größeres ist als im normalen Blute. In vitro wird dies jedoch nur bei gleichzeitiger Anwesenheit des lipoidreichen Paraffinöls sinnfällig.

Noguchis Luetin-Reaktion.

Noguchis Luetin-Reaktion, über die bereits eine Reihe von Veröffentlichungen mit günstigen Ergebnissen vorliegen, ist neuerdings von A. Faginoli und V. Fisichella[14]) nachgeprüft worden an 45 Syphilitikern in den verschiedensten Stadien des luetischen Prozesses und bei 45 nichtsyphilitischen Personen; bei allen wurde gleichzeitig die WR. ausgeführt. Das Resultat ist aus nachstehender Tabelle ersichtlich.

	Zahl der untersuchten Fälle	Reaktion mit Luetin		Wassermannsche Reaktion	
		positiv	negativ	positiv	negativ
Primäre Syphilis . .	10	—	10	3	7
Sekundäre „ . .	10	2	8	6	4
Tertiäre „ . .	12	10	2	9	3
Latente „ . .	12	7	5	5	7
Hereditäre „ . .	1	—	1	1	—
zusammen	45	19	26	25	20
Lungentuberkulose .	22	—	22	1	21
Herzfehler	5	—	5	—	5
Pneumonien . . .	2	—	2	—	2
Nephritis	4	—	4	—	4
Gesunde	12	—	12	—	12
zusammen	45	—	45	1	44

Danach hat die Luetin-Reaktion einen unbestreitbaren Nutzen bei der tertiären Syphilis und bei latenter Syphilis, bei welcher letzteren WR. nicht selten ganz versagt oder unsichere Resultate gibt und die klinischen Symptome sehr häufig zu gering sind, um eine Diagnose zu ermöglichen. Bemerkenswert ist, daß unter den Fällen von sekundärer Syphilis vorwiegend die energisch (mit Quecksilber oder Salvarsan) behandelten rea-

[14]) Über die Kutanreaktion von Noguchi bei Syphilis. Von Doz. Dr. A. Faginoli und Doz. Dr. V. Fisichella. Aus dem Institut für spezielle Pathologie innerer Krankheiten der Kgl. Universität Catonia. Berl. klin. Wochenschrift 1909, 29. November, Nr. 39 S. 1811.

gieren, wie schon Noguchi und andere beobachtet haben.

Die Kutan-Reaktion geht in folgender Weise vor sich. An der Injektionsstelle entsteht nach ein bis zwei Tagen eine erythematöse pfennig- bis markstückgroße Hautzone, darüber ein Infiltratknötchen, das am vierten bis fünften Tage etwa Nußgröße erreicht. Am siebenten oder achten Tage erscheint auf der Mitte des erythematösen Knötchens ein Bläschen, das sich bald in eine Pustel verwandelt. Der Knoten fluktuiert und am achten bis elften Tage entleert die Pustel wenige mit Blut gemischte Eitertropfen. Das Infiltrat schwindet nun und es bleibt nur ein kleiner, schwach pigmentierter Fleck zurück. Häufiger verläuft die Infiltration ohne Abszedierung und ohne solchen Umfang wie oben anzunehmen. In seltenen Fällen verzögert sich die Reaktion. Dagegen sind Reaktionen, die schon am Tage der Injektion auftreten und schnell verschwinden, nicht als positiv aufzufassen.

V. Kafka (Über die Anwendung der intrakutanen Luetinreaktion nach Noguchi. Aus der Hamburgischen Staatsirrenanstalt Friedrichsberg. Psych.-Neurol. Wochenschrift 1913, 8. XI, Nr. 32) fand bei Lues zerebri 75 %, bei Paralyse 60 %, bei Tabes 100 % (allerdings wurden hiervon nur 3 Fälle untersucht), bei Lues latens 44 %, bei Lues kongenita in 9 % positive Reaktionen.

(Fortsetzung folgt.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **J. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 41. 10. Januar 1913/14.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Exzellenz Dr. Georg Graf von Stosch †. (S. 499.) — Die Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion durch Paraldehydgaben. Von Dr. Adolf Fuchs, Kaufbeuren, (S. 500.) — Mitteilungen (S. 504): Deutscher Verein für Psychiatrie. — Referate. (S. 504.) — Neuheiten aus ärztlicher Technik und Krankenpflege. (S. 505.) — Personalnachrichten. (S. 505.) — Anhang: Die für den praktischen und Anstaltsarzt zur Syphilisdiagnose verwendbaren Serum- und Kutanreaktionen. Von Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben. (Fortsetzung.) (S. 506.)

Exzellenz Dr. Georg Graf von Stosch †.

Am 29. Dezember 1913 entschlief zu Hartau, Kreis Sprottau, im Alter von 77 ³/₄ Jahren der Vorsitzende des Provinzialausschusses von Schlesien, Wirklicher Geheimer Rat, Exzellenz Dr. Georg Graf von Stosch.

Ein nicht geringer Teil der vielen Verdienste, die sich der Verewigte in einem langen, reichgesegneten Leben um die Provinz Schlesien erworben hat und um deren willen ihm die Heimat ein dankbares und ehrendes Gedächtnis bewahrt, liegt auf dem Gebiete der Irrenfürsorge. Während des bedeutsamen Abschnitts der Irrenpflege von den 70 er Jahren bis zur Gegenwart, der die neueste Geschichte dieses Humanitätszweiges darstellt, hat Graf Stosch in seiner führenden amtlichen Stellung stets nach Kräften dahingewirkt, daß die Irrenfürsorge seiner Heimatprovinz in Art und Ausdehnung allen besonnenen Forderungen des fortschreitenden Zeitgeistes gerecht wurde. Heute ist sie in vieler Hinsicht mustergiltig, in jeder Hinsicht aber steht sie auf der Höhe der Zeit.

Als Graf Stosch sich den Angelegenheiten der Provinzialverwaltung zu widmen begann — seit Einführung der Provinzialordnung für die östlichen Provinzen und seit dem ersten unter der neuen Ordnung im Januar 1876 zusammengetretenen Provinziallandtag gehörte er dem damals zum ersten Male gewählten Provinzialausschuß an, seit 1882 war er dessen Vorsitzender —, war die Irrenpflege Schlesiens auf 4 Anstalten mit im ganzen ungefähr 1400 Betten beschränkt. Wie auch in anderen Ländern verzögerten sich damals und noch geraume Zeit nachher die Aufnahmen Geisteskranker oft um viele Monate; zahlreiche Aufnahmegesuche mußten abgelehnt werden. Inzwischen sind die 4 alten Anstalten auf das 3- bis 4 fache vergrößert und 6 neue Anstalten eingerichtet oder erbaut worden. Platznot kennt man seit vielen Jahren nicht mehr in der schlesischen Irrenfürsorge. Die wichtigen Neuerungen der Irrengesetzgebung wie die Aufstellung von Dienstvorschriften bis zum untersten Beamten, die Aufbringung von Millionen für Anstaltsbauten wie die Festsetzung der täglichen Brotportion für den Pflegling — die großen und die kleinen Dinge und Sorgen der schlesischen Irrenpflege hat der Verewigte durch fast 32 Jahre in seiner Hand und Hut, auf Alles hat er entscheidenden Einfluß gehabt.

Reiche Erfahrung, besonders auf administrativem Gebiet, wie sie nur Wenigen zu erwerben vergönnt ist, große Menschenkenntnis, ruhiges, sicheres Urteil, wahrhaft vornehme Denkweise, warme Herzensgüte, hatten den Heimgegangenen zu einer der am meisten verehrten Persönlichkeiten Schlesiens gemacht, der man stets nur mit aufrichtiger, gern dargebrachter Pietät nahte.

Dies hehre Bild wird auch die schlesische Irrenfürsorge für alle Zeit in dankbarer Erinnerung an den Verewigten bewahren und in Ehren halten.

(Aus dem Laboratorium der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren. Direktor: Medizinalrat Dr. A. Prinzing.)

Die Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion durch Paraldehydgaben.

Von Dr. **Adolf Fuchs.**

Craig und Nichols[1]) fanden, daß nach Alkoholgaben (in 9 Fällen von Lues) die vorher positive Wassermannsche Reaktion negativ wurde. Die Patienten erhielten 180 bezw. 240 ccm Whiski oder 90 ccm 95 proz. Alkohol oder 700 ccm Münchener Bier. Eine bis zu mehreren Stunden nach der Alkoholaufnahme wurde die Wassermannsche Reaktion negativ. Die negative Reaktion hielt einige Stunden bis zu drei Tagen an, nach welcher Zeit sie in jedem Falle wieder in eine positive umschlug.

Hough[2]) prüfte an neun Luetikern mit Schädigungen des Zentralnervensystems (fünf Fälle von Dementia paralytika, zwei mit Arteriosklerose des Gehirns, einer mit Gehirnlues und einer mit Dementia präcox) die Befunde Craigs und Nichols nach. Nur in einem Falle und zwar bei der am wenigsten fortgeschrittenen Paralyse der Versuchsreihe konnte Hough eine ausgesprochene Alkoholwirkung auf den Ausfall der Reaktion feststellen. Die Reaktion wurde nahezu negativ. In drei weiteren Fällen (Paralyse, Hirnlues und Dementia präcox) wurde die Reaktion durch die voraufgegangene Alkoholdarreichung nur wenig beeinflußt.

Hatten auch Houghs Befunde nicht die ausgesprochene Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion ergeben, wie sie die Untersuchungen Craigs und Nichols dartaten, so zeigen doch beide Arbeiten, daß die Alkoholaufnahme auf die Wassermannsche Reaktion dahin einwirkt, daß dieselbe bei mehreren Fällen von Lues schwächer, ja selbst negativ wird.

Der Unterschied in dem Grade der Abschwächung bei beiden Arbeiten mag darin seine Begründung finden, daß Houghs Versuchsreihe aus Fällen bestand, bei denen das Zentralnervensystem beeinträchtigt war, was bei den Fällen Craigs und Nichols nicht zutraf. Sodann aber war die Reaktionstechnik beider Arbeiten eine ganz verschiedene. Hough benützte die Technik Müllers von Wien, bei der aktives Serum verwendet wird, während Craig und Nichols die Noguchische Modifikation, jedoch mit inaktiviertem Serum ausübte. Sachs, Boas, Swift[3]) und andere wiesen darauf hin, daß aktive Sera zum mindesten eine intensivere Hemmung zeigen als inaktivierte, und auch Hough betonte in seiner Arbeit diese Tatsache, welche also wohl zur Erklärung der graduellen Unterschiede in der Komplementhemmung genannter Arbeiten herangezogen werden kann.

Die dem Alkohol ähnliche Wirkungsweise des Paraldehyds[4]) und dessen chemische Verwandtschaft mit dem Alkohol veranlaßten mich, die Einwirkung von Paraldehydgaben auf den Ausfall der Wassermannschen Reaktion zu untersuchen.

Bezüglich der von mir geübten Technik sei bemerkt, daß ich die Originalmethode Wassermanns anwandte, nur benützte ich an Stelle eines wäßrigen Extraktes aus fötaler Lues-Leber einen ätherischen Auszug aus normalen Meerschweinchenherzen (Lesser), der sich mir als besonders zuverlässig und exakt erwies. Die Diagnose der Lues war vor dem Versuch nach Paraldehydgaben mit einer Reihe von Extrakten, wäßrigen und alkoholischen aus fötaler Luesleber und aus Paralytikerherzen, sichergestellt worden.

Die Beurteilung der Befunde bei den *einzelnen* Versuchspersonen macht die Kenntnis *wichtiger* Daten und Symptome aus der Krankengeschichte notwendig.

Nr. 1. Ni., 47 Jahre alt. Zeitpunkt der Infektion unbekannt. Kam am 27. November 1912 als vorgeschrittene Paralyse in die Anstalt. Pupillenstarre, erhebliche Sprachstörungen, gesteigerte Patellarreflexe, hochgradige Demenz.

Nr. 2. He., 55 Jahre alt. Hatte 1884—86 ein Verhältnis mit einem syphilitischen Chevauxleger. Seit 21 Jahren verheiratet, 8 totfaule Früchte. Vor 14 Jahren invalidisiert wegen tabischer Krisen. Seit Februar 1913 allerlei Verkehrtheiten. Kam am 14. Mai 1913 in die Anstalt als vorgeschrittene Paralyse. Pupillenstarre, erloschene Patellarreflexe, hochgradige Schrift- und Sprachstörungen. In den ersten Wochen des Anstaltsaufenthaltes Größenideen, jetzt apathische Demenz.

Nr. 3. Sch., 45 Jahre alt. Zeitpunkt der Infektion nicht bekannt. Mai 1912 „psychische Depression". Kam am 7. Juni 1913 als vorgeschrittene Paralyse in die Anstalt. Pupillenstarre, Sprachstörungen, hochgradige Demenz.

Nr. 4. Heu., 39 Jahre alt. Zeitpunkt der Infektion unbekannt. Vom 11. Juli 1911 bis 30. Septemb. 1911 in der Anstalt. Pupillenstarre, Schrift- und Sprachstörungen, Patellarreflex +. Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, Größenideen. Ungeheilt (auf Verlangen der Angehörigen) entlassen. Seit 31. Mai 1913 wieder in der Anstalt. Vorgeschrittene Paralyse, hochgradige Demenz.

Nr. 5. Me., 41 Jahre alt. Puella publica. Vor 15 Jahren „Papeln". Vom 12. Juni 1913 bis 13. Juli 1913 in der psychiatrischen Klinik München. Seither in hiesiger Anstalt. Pupillen entrundet, reagieren. Wenig auffallende Sprachstörungen; bei schwierigen Wortbeispielen Silbenstolpern. Patellarreflexe +, Störungen des Ge-

Nr.	Diagnose	Körpergewicht kg	Reaktion vor der Paraldehydgabe	Paraldehydaufnahme	Reaktion nach der Paraldehydaufnahme: Complement ccm 1,0	0,5	0,25	Datum der Blutentnahme zur Reaktion (Zeit stets 7 h. a. m.)
1.	Dem. paralyt., Ni.	3. 3., 46,5	30. 1. ++++	2. 6. 9 h p. m. bis 12 h nachts 10 g	++++			3. 6.
2.	Dem. paralyt., He.	7. 8., 44,0	20. 5. ++++ 7. 8. ++++	2. 6. 9 h p. m. 6 g 7. 8. 9 h p. m. 5 g	++++ ++++	 ++++	 ++++	3. 6. 8. 8.
3.	Dem. paralyt., Sch.	8. 8., 52,5	7. 8. ++++	7. 8. 9 h p. m. 5 g	++++	++++	++++	8. 8.
4.	Dem. paralyt., Hen.	59,0	7. 8. ++++	7. 8. 9 h p. m. 5 g	++++	++++	++++	8. 8.
5.	Dem. paralyt., Me.	15. 8., 53,0	14. 8. ++++	14. 8. 9 h p. m. 6 g	++	++	++++	15. 8.
6.	Dem. präcox paranoid. (Lues III)	8. 8., 54,5	10. 3. ++++ 7. 8. ++++	2. 6. 9 h p. m. 5 g	++++			3. 6.
7.	Imbecillit. (Lues II)	8. 8., 55,5	10. 3. ++++ 7. 8. ++++ 14. 8. +++	2. 6. 9 h p. m. 5 g 7. 8. 9 h p. m. 5 g 14. 8. 9 h p. m. 6 g	— — +	 + ++	 +++ +++	3. 6. 8. 6. 15. 8.
8.	Man. depress. Irresein (Lues III)	14. 8., 44,5	7. 8. ++++ 14. 8. ++++	7. 8. 9 h p. m. 5 g 14. 8. 9 h p. m. 6 g	++ +	+++ ++	++++ ++++	8. 8. 15. 8.
9.	Dem. paralyt., Ho.	8. 8., 58,0	29. 3. ++++ 7. 8. ++++	2. 6. 9 h p. m. 5 g 7. 8. 9 h p. m. 6 g	++ ++++	 ++++	 ++++	3. 6. 8. 8.
10.	Dem. paralyt., Ze.		6. 2. ++++	2. 6. 9 h p. m. bis 12 h nachts 10 g	++			3. 8.
11.	Dem. paralyt., Th.	8. 8., 70,0	10. 3. ++++ 7. 8. ++++	2. 6. 9 h p. m. 5 g 7. 8. 9 h p. m. 5 g	++ ++	 ++	 ++++	3. 6. 8. 8.
12.	Dem. paralyt., Sp.	14. 8., 50,5	6. 2. ++++ 14. 8. ++++	2. 6. 9 h p. m. 5 g 14. 8. 9 h p. m. 5 g	++ ++	 ++	 ++++	3. 6. 15. 8.
13.	Dem. paralyt., Ke.	14. 8., 53,5	14. 8. ++++	14. 8. 9 h p. m. 6 g	++++	++++	++++	15. 8.
14.	Dem. paralyt., Rü.	14. 8., 65,5	14. 8. ++++	14. 8. 9 h p. m. 6 g	++	++	++++	15. 8.
15.	Dem. paralyt., Le.	14. 8., 51,0	14. 8. ++++	14. 8. 9 h p. m. 6 g	++	+++	++++	15. 8.
16.	Man. depressiv. (Lues II)	14. 8., 59,0	14. 8. ++++	14. 8. 9 h p. m. 6 g	—	+	+++	15. 8.

Zur Erklärung der Tabelle: Nr. 1—8 Frauen, Nr. 9—16 Männer. Es bedeuten die Zeichen: — = komplette Hämolyse, + = kleine Kuppe, ++ = mittlere Kuppe, +++ = große Kuppe, ++++ = komplette Hemmung. Sämtliche Daten liegen im Jahre 1913.

dächtnisses und der Merkfähigkeit. Anscheinend frische Paralyse.

Nr. 6. Gu., 44 Jahre alt. Infektion negiert. Vor ungefähr 8 Jahren 2 Frühgeburten. Narben von Haut- und Knochengummata am Schienbein, Ellbogen, Glutäus, Hinterhaupt. Glaubt sich seit November 1912 elektrisiert, verfolgt. Gesichts-, Gehörs-, Gefühlstäuschungen. Dementia präcox paranoides (luetische Paranoia Kraepelins?).

Nr. 7. Sö., Puella publica. Infektion 1910. Imbezillität.

Nr. 8. Hu., 52 Jahre alt. Zeitpunkt der Infektion unbekannt. Nahm von jeher alles schwer. In der Anstalt von 9. Januar 1912 bis 23. Oktober 1912, Selbstmordversuch, Versündigungsideen, Besessenheitswahn, Depression. Nach der Entlassung führte sie zu Hause den Haushalt, äußerte keine Wahnideen. Mai 1913 neue Depression mit Versündigungsideen. Seit 12. Juli 1913 wieder in der Anstalt. Beim ersten Anstaltsaufenthalt 0,3 Salvarsan intravenös. Lichtstarre Pupillen, Patellarreflexe erloschen, Romberg +. Vor 2 Jahren wochenlanges „Gallbrechen" (tabische Krisen).

Nr. 9. Ho., 35 Jahre alt. 1902 „Tripper und Geschwür". Seit März 1912 „nervenleidend". Seit 15. März 1913 in der Anstalt. Pupillenstarre, Partellarreflex +. Schrift- und Sprachstörungen, Gedächtnisschwäche und Störung der Merkfähigkeit. Läppisch heiter, Größenideen. Keine Blasen-Mastdarmstörung. Außer Bett, geht in den Garten.

Nr. 10. Ze., 37 Jahre alt. Zeitpunkt der Infektion unbekannt. Frühjahr 1912 nervenleidend. Fiel Juni 1911 von einem Heuboden herab, anschließend daran „traumatische Neurose". Stottern, grobschlägiger Tremor der Hände, Verwirrtheit. Seit 17. Juli 1912 in der Anstalt. Rasch fortschreitende Paralyse. Blasen-Mastdarmstörungen, paralytische Anfälle seit 31. Mai 1913. Rapide Abnahme des Körpergewichts. Exitus nach gehäuften Anfällen am 8. Juni 1913. Sektionsbefund: Körpergewicht 38 kg. Pachymeningitis hämorrhagica interna, weiche Hirnhäute trüb und verdickt, Hirngewicht mit Häuten 1140 g, im IV. Ventrikel zahlreich Griesingersche Granulationen.

Nr. 11. Th., 47 Jahre alt. Infektion 1913. Februar 1913 sinnlose Einkäufe. Seit 4. März 1913 in der Anstalt. Pupillen lichtstarr, Patellarreflex gesteigert. Leicht steigerbare Größenideen. Außer Bett, spielt Karten. Nur geringe Schrift- und Sprachstörungen. Am 14. Juni 1913 während des Kartenspiels plötzliche Parese der oberen Extremitäten, welche aber am nächsten Tage wieder verschwunden war.

Nr. 12. Sp., 44 Jahre alt. Infektion 1895. Seit Sommer 1912 nervös. In der Anstalt seit 28. Januar 1913. Pupillen ungleich, reagieren nicht. Patellarreflexe lebhaft. Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, desorientiert. In ängstlicher Unruhe, sieht Feuer. Rasch fortschreitende Verblödung. Paralytische Anfälle seit Februar 1913. Blasenstörungen, vollkommen hilflos.

Nr. 13. Ke., 40 Jahre alt. Zeitpunkt der Infektion unbekannt. Erkrankt seit Juni 1913. In der Anstalt seit 12. Juli 1913. Pupillen lichtstarr, Patellarreflex gesteigert, häufig verkehrt, blühende Größenideen. Außer Bett.

Nr. 14. Rü., 39 Jahre alt. Vor 18 Jahren Lues. Erkrankt seit Juli. In der Anstalt seit 13. August 1913. Eifersuchtsideen, gehobene Stimmung. Geringe Sprachstörungen. Pupillen ungleich reagierend, Patellarreflex erloschen. Frische Paralyse.

Nr. 15. Le., 36 Jahre alt. Zeitpunkt der Infektion unbekannt. Wurde am 9. August 1913 aufgegriffen, da er in einem Heuschober übernachtete und sich von Feldfrüchten nährte. Am 23. August in die Anstalt gebracht. Hochgradige Demenz,. Pupillen lichtstarr, starke Sprachstörungen, Gang unbeholfen und schwerfällig, Patellarreflexe gesteigert. Unrein, schmierte mit Kot. Jetzt in einer leichten Remission (seit November 1912). Sprache gebessert, schmiert nicht mehr, arbeitet in der Gärtnerei.

Nr. 16. Sch., 44 Jahre alt. Schon häufig wegen manischer Erregung in Anstalten untergebracht. Zeitpunkt der Infektion unbekannt, negiert. In der hypomanischen Zeit starke sexuelle Erregung. Sittlichkeitsverbrechen, Manisch-depressives Irresein. (Tripper zugegeben.)

Betrachten wir die Resultate der Untersuchungen, wie sie aus der Tabelle ersichtlich sind. (sämtliche Daten derselben betreffen das Jahr 1913). so finden wir, daß in den Fällen Nr. 1—4, es sind dies Fälle von vorgeschrittenen Paralysen, eine Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion durch Paraldehyddarreichung nicht nachweisbar ist. Ebenso war unbeeinflußt die Reaktion bei Nr. 13, einer zwar erst wenige Monate alten, doch in voller Blüte stehenden klassischen Paralyse. Des ferneren war unbeeinflußt Nr. 6, eine paranoide Demenz im tertiären Stadium der Lues. Es sind demnach unter 16 Fällen unbeeinflußt durch die Paraldehydgabe nur sechs, was einem Prozentsatz von 37,5 der Fälle meiner Versuchsreihe entspricht.

Untersuchen wir nun die übrigen Fälle von Paralyse im Sinne der Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion durch Paraldehyddarreichung. so erscheint es nach den oben angeführten Befunden merkwürdig, daß gerade Nr. 10 eine mittlere Beeinflussung durch Paraldehyd aufweist. Der Fall war leider am Tage vor der Anstellung des Paraldehydversuches nicht geprüft worden und konnte wegen des 3 Tage nach der Reaktion eingetretenen Exitus nicht nachuntersucht werden. Daß auch bei vorgeschrittenen Paralysen eine Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion vorkommt, zeigt uns Fall Nr. 12, bei dem derselbe Befund zweimal erhoben werden konnte (beidemale eine mittlere Beeinflussung der Komplementhemmung).

Bei Nr. 9, einer über ein Jahr andauernden Paralyse, aber noch ohne besondere Hinfälligkeit finden wir im Juni noch eine mittlere Beeinflussung

der Reaktion durch Paraldehyddarreichung, während im August eine solche nicht mehr nachweisbar ist.

Die zwei frischen Paralysen meiner Versuchsreihe Nr. 5 und 14 zeigen eine Beeinflussung der Reaktion mittleren Grades, ebenso die in Remission befindliche Paralyse Nr. 15.

Ein manisch-depressives Irresein mit Tabes dorsalis, welches einmal eine Salvarsaninjektion erhalten hatte, zeigt einmal eine mittlere, das zweitemal eine starke Beeinflussung, letztere jedenfalls als eine Nachwirkung der ersten Paraldehyddarreichung, finden wir doch auch bei Nr. 7, daß die Reaktion am 14. August 1913 nach Paraldehydgabe am 7. August eine leichte Hämolyse zeigte.

In zwei Fällen ohne Beteiligung des Nervensystems sehen wir die vorher komplette Hemmung durch Paraldehyd in eine komplette Hämolyse umgekehrt.

Wie Hough in seiner Arbeit über die Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion durch Alkoholgaben nachwies, daß Körpergewicht und Alter der Patienten keine Rolle dabei spielen, zeigen auch die vorliegenden Untersuchungen, daß diesen beiden Faktoren ein beeinflussendes Moment nicht zukommt.

Doch scheint bei Paralytikern sowohl als auch bei den anderen Luesfällen die Dauer und die Schwere der Krankheit von Einfluß auf die Änderung der Reaktion zu sein.

Noch nach 8 Tagen wiesen Nr. 7 und 8 eine Paraldehydwirkung auf. Nach längerdauerndem Zwischenraume (vom 2. Juni bis 7. August) zeigte in jedem Falle die Reaktion wieder komplette Hemmung.

Wie Houghs, Craigs und Nichols Arbeiten für den Alkohol, so weist die vorliegende für das Paraldehyd nach, daß durch dasselbe die Resultate der Wassermannschen Reaktion beeinflußt oder beeinträchtigt oder sogar verhindert werden können. Dieser für die Praxis wertvolle Befund war es nicht zum mindesten, der mich bewog die Versuche anzustellen. Denn während Paraldehyd in den Irrenanstalten häufig zur Verwendung kommt, ist gerade in diesen Anstalten eine Beeinflussung der Reaktion durch Alkohol eigentlich nur für die ersten Tage des Anstaltsaufenthaltes zu befürchten, in denen die Kranken vielleicht noch von außerhalb der Anstalt her unter Alkoholeinwirkung stehen.

Ich habe nun in der Mehrzahl meiner Fälle Komplementmengen nicht nur in dem von Wassermann angegebenen Maße, sondern auch in absteigenden Mengen angewandt. In jedem Falle nun, selbst wenn bei 1,0 ccm 10 proz. Komplements eine komplette Hämolyse auftrat, zeigten die Reaktionen mit 0,5 bezw. 0,25 eine deutliche Hemmung, so daß also bei Verwendung abgestufter Komplementmengen selbst bei stärkster Beeinflussung der Reaktion nach Paraldehydgaben eine Fehldiagnose ausgeschlossen erscheint.

Trinchese,[5]) Hammacher,[6]) H. Ehrlich,[7]) Klieneberger[8]) und andere wiesen auf die Notwendigkeit einer Komplement-Austitrierung hin wegen der schwankenden Hemmungskraft desselben. Daß die verschiedengradigen Hämolysen meiner Versuchsreihe nicht etwa durch ein besonders kräftiges Komplement bedingt waren, beweisen einerseits die nicht beeinflußten Fälle der Versuchsreihe, andrerseits die angestellten Kontrollen. Gleichzeitig mit den Paraldehydversuchen wurden Sera von Luetikern untersucht, die kein Paraldehyd erhalten hatten. Sie zeigten in jedem Falle komplette Hemmung.

Daß die Hemmung bei Verwendung von nur 0,25 ccm Komplement nicht in der zu geringen Menge seinen Grund hatte, erwiesen wiederum die Kontrollversuche. Das Serum Nicht-Luetischer wies komplette Hämolyse auf selbst bei nur 0,125 Komplement.

Schließlich verwendete ich nach dem Vorschlage Weinbergs[9]) zu meinen Versuchen als Komplement eine Mischung dreier Meerschweinchensera.

Die positiven Reaktionen bei verminderten Komplementmengen in unseren Versuchen zeigen, daß wir es bei der Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion durch Paraldehydgaben zu tun haben mit einer teilweisen Umänderung oder Abschwächung der Antikörper.

Faßt man nun das Antigen als ein Lipoid auf, so geben uns die Forschungen H. H. Meyers eine Erklärung. Meyer[10]) wies nach, daß die Narkose eine Folge der physikalischen Zustandsänderung der Zelllipoide darstelle. Vermögen nun Narkotika der Fettsäurereihe, wie z. B. der Alkohol und das Paraldehyd, die Lipoide id est die Antigene zu verändern, so kann auch der auf diese umgeänderten Antigene nicht eingestellte Antikörper sich nicht mit ihnen verbinden: es kommt zur Hämolyse. Weitere Untersuchungen über die Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion durch Narkotika der Fettsäurereihe erscheinen darum im wissenschaftlichen Interesse wünschenswert. Auch im Interesse der sogenannten paradoxen Sera erscheinen derartige Untersuchungen für geboten. Durch die Kenntnis von Stoffen, welche den Ausfall der Wassermannschen Reaktion beeinflussen, gelingt

es uns vielleicht, die Frage der paradoxen Sera zu klären, die Existenz solcher Sera, wie es ja jetzt schon von verschiedener Seite geschieht, mit Sicherheit zu verneinen.

Literaturnachweis.

1. Craig, C. I. und Nichols, K. I., The Effect of the Ingestion of Alkohol on the Result of the Complement Fixation in Syphilis. The Journal of the Amerikan Medical Association LVII 1911.
2. Hough, W. H. Die Wirkung von Alkoholgaben auf die Wassermannsche Reaktion. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie X 3. H.
3. Plaut, F., Die Wassermannsche Reaktion und der praktische Arzt. Münch. med. Wochenschrift Nr. 16 1910.
4. Kraepelin, E., Psychiatrie I. Band 8. Aufl. 1909.
5. Trinchese, Die Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion durch Schwankungen des Komplements. Berl. klin. Woch. Nr. 41 1912.
6. Hammacher, J. F. M., Die Notwendigkeit der Bestimmung des Komplements bei der Wassermannschen Reaktion. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. LVI Nr. 2. (Zitiert nach Schmids Jahrbüchern.)
7. Ehrlich, H., Ein Beitrag zur Wassermannschen Syphilisreaktion. Wiener med. Woch. LX Nr. 22 1910.
8. Klieneberger, O., Zur Erweiterung der Wassermannschen Methode. Liquor- und Komplements-Auswertungsverfahren. Monatsschr. f. Psych. und Neurol. XXXII 1912.
9. Weinberg, M., Technique rationelle de la réaktion de fixation. Annal. de l'Inst. Pasteur XXVI S. 424 1912.
10. Meyer, H. H., Über die Beziehung zwischen den Lipoiden und pharmakologischer Wirkung. Münchn. med. Woch. Nr. 31 1909.

Mitteilungen.

— **Deutscher Verein für Psychiatrie.** Vorläufige Mitteilung. Die nächste Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie wird am 24. u. 25. April 1914 in Straßburg stattfinden. Aschaffenburg-Köln und Wilmanns-Heidelberg werden über verminderte Zurechnungsfähigkeit referieren. Außerdem sind folgende Vorträge angemeldet:

1. Uhlenhuth-Straßburg (auf besonderen Wunsch des Vorstandes): Über experimentelle Syphilisforschung. 2. E. Stransky-Wien: Intrapsychische Ataxie und Schizophrenie. 3. Derselbe: Die Kontamination in der Pathologie der Sprache. 4. Kastan-Königsberg: Die Pathogenese im Lichte der Abderhaldenschen Anschauungen.

Anmeldung weiterer Vorträge wird bis Mitte März erbeten an Sanitätsrat Dr. Hans Laehr in Zehlendorf-Wannseebahn, Schweizerhof.

Die endgültige Einladung erfolgt gegen Ende März.

Der Vorstand.

Referate.

— Handbuch der Psychiatrie von Aschaffenburg. Allg. Teil, 2. Abteilung. Rosenfeld: Physiologie des Großhirns. R. bespricht in seinem Abschnitt des Handbuchs der Psychiatrie die Physiologie der Großhirnzirkulation, einige zerebrale Phänomene, die Vasomotoren des Großhirns und schließlich die Lokalisationen in der Großhirnrinde. Die im wesentlichen zusammenfassenden Ausführungen geben eine umfassende Darstellung unserer Kenntnisse auf diesem schwierigen Gebiet von den ältesten, klassischen Versuchen bis auf die Jetztzeit und sind unentbehrlich für den Psychiater, noch mehr aber für den Neurologen.

Isserlin: Psychologische Einleitung. Vf. kennzeichnet die wichtige Stellung der Psychologie in der Psychiatrie, ohne welche trotz hirnpathologischer und symptomatologischer Fortschritte eine genügende Lösung mancher Aufgaben nicht möglich ist. Er erörtert die psychologischen Grundfragen und Grundbegriffe, die Methoden, indem er vor allem den Wert des Experimentes betont, und schließlich die psychologischen Tatsachen und Zusammenhänge, wobei die Elemente der Psychologie, ihre Vorstellung und Reproduktion und dann das Bewußtsein und die Aufmerksamkeit besprochen werden und in den einzelnen Kapiteln das Auffassen, Erkennen und Erinnern, da Ich und die Außenwelt, das Denken, das Gefühlsleben, das Wollen und die Individualität abgehandelt werden. Der Zweck der Isserlinschen Arbeit, durch Erörterung grundsätzlicher Fragen und Tatsachen für die Psychopathologie vorzubereiten, erscheint mir voll erfüllt, die Darstellung ist klar und auch dem mit psychologischen Begriffen weniger Vertrauten durchaus verständlich.

Groß: Allgemeine Therapie der Psychosen. Wenn Vf. in der Einleitung hervorhebt, daß er mit erheblicher Resignation an eine allgemeine psychiatrische Therapie herangegangen ist und kaum Neues werde bringen können, so wird er in psychiatrischen Kreisen hierfür volles Verständnis finden. Um so mehr muß die erschöpfende Darstellung seines Themas und die ruhige, objektive Sachlichkeit anerkannt werden, die Vf. gegenüber manchen, noch strittigen Fragen walten läßt. Groß bespricht nacheinander die Prophylaxe der Psychosen, die Unterbringung der Geisteskranken, die Irrenanstalt in ihren Typen, Verwaltung und Wirkung, die Psychotherapie, die physikalisch-diätetischen und medikamentösen Behandlungsmethoden, die chirurgische Therapie und die Fürsorge außerhalb der Anstalt.

Überall spricht aus dem Buch langjährige Erfahrung, maßvolle Bescheidung auf das wissenschaftlich sicher

Erreichte und liebevolles Verständnis für psychische Leiden. Jedem Psychiater sei das Buch angelegentlichst empfohlen.

Redlich: Die Psychosen bei Gehirnerkrankungen. (3 M.) R. bespricht die Psychosen bei Hirntumoren, bei Abszeß, Sinusthrombose und Enzephalitis, bei Huntingtonscher Chorea, bei den verschiedenen Formen der Meningitis, bei Blutung und Erweichung und bei multipler Sklerose. Er betont richtig, daß es bestimmte charakteristische Psychosen, die bestimmten Hirnaffektionen entsprechen, nicht gibt, sondern daß im wesentlichen die neurologische Diagnose entscheidend ist. Das in seiner Abgrenzung oft schwierige Kapitel ist umfassend dargestellt und seine Kenntnis für den Psychiater wie Neurologen unentbehrlich. Albrecht, Treptow.

— Wilker: Alkoholismus, Schwachsinn und Vererbung in ihrer Bedeutung für die Schule. Pädagog. Magazin G. 482. Langensalza 1912.

Diesem gelegentlich der Internationalen Hygiene-Ausstellung gehaltenen Vortrag legt Verf. eine große Zahl der bekanntesten neuen Arbeiten zugrunde und zeigt unter Beifügung der betr. Tafeln und Tabellen von Bezzola, Bunge, Diem, Kraepelin und Plaut u. a. die Rolle des elterlichen Alkoholismus für die Deszendenz. Der Wichtigkeit der Sache halber seien kurz einige der Daten und Zahlen wiederholt. Auffallend groß ist bekanntlich die Fruchtbarkeit von Trinkerfamilien, mit welcher aber die Kindersterblichkeit gleichen Schritt hält. Die Abkömmlinge Abstinenter, Mäßiger und Trinker zeigen nach Laitinen eine Sterblichkeit von 13,45, 23,17 und 32,02%. Kraepelin und Plaut fanden in Trinkerfamilien nur 48,3% Überlebende, und ähnlich erlebten in Frankreich nur 50,4% der Kinder das 6. Lebensjahr. Gleich schwer ist die Schädigung der Überlebenden: Aus 215 Trinkerfamilien Legrains waren 50,3% der Kinder idiotisch; nach Demme waren von jenen aus 10 Trinkerfamilien nur 17,5% körperlich und geistig gesund gegenüber 81,9% aus nüchternen Familien. In ähnlicher Weise steigt mit dem Alkoholgenuß auch die Erkrankung der Kinder an Tuberkulose von 6,4% bei Mäßigen bis zu 24,2% bei übermäßigen Trinkern, wobei die Erkrankung an nervösen und psychischen Leiden noch übertroffen wird.

Für Fürsorgezöglinge wurde in Deutschland eine Belastung durch elterlichen Alkoholismus in 33 (Rizer) bis 50% (Mönkemöller) nachgewiesen (wobei allerdings die Bedeutung derselben nicht als erbliche Belastung, sondern auch Milieuwirkung bewertet werden sollte).

Einige mitgeteilte Stammbäume illustrieren das Verhältnis von Alkoholismus, Schwachsinn, Geisteskrankheit und Verbrechen. — Verf. sieht in dem Alkoholismus der Erzeuger das wesentlichste Moment für den Schwachsinn der Kinder und in der Erziehung zur Abstinenz den einzigen Weg zur Anbahnung besserer Verhältnisse und verlangt von den Lehrern als Volkserzieher in erster Linie, sich der Abstinenzbewegung anzuschließen.

Daß für epileptische Kinder von den Erwachsenen getrennte Anstalten (nicht Abteilungen) verlangt werden, erscheint Ref. nicht genügend begründet.

Kellner-Chemnitz.

Neuheiten aus ärztlicher Technik und Krankenpflege.

(Fortsetzung aus Nr. 30.)

VI. Eine neue Flasche zur sterilen Aufbewahrung von Blut für bakteriologische Zwecke beschreibt Dr. Orlovius, Assistent der Universitätsfrauenklinik in Halle a. S., in der Münch. med. Wochenschr. 1913 Nr. 47. Es ist ihm damit ohne weiteres gelungen, Blut wochenlang steril aufzubewahren, wobei fast täglich kleinere Mengen zum Gebrauch aus der Flasche entnommen wurden. Die Flasche eignet sich ganz besonders auch für Blutuntersuchungen bei solchen Geisteskranken, bei denen sich eine öftere Blutentnahme aus psychischen Gründen verbietet. Die Flasche ist bei der Firma R. Schoeps in Halle a. S., Geiststraße 60, zum Preise von 6 M erhältlich.

VII. Eine neue Spritze für sterile Injektionen beschreibt Oberapotheker Dr. Wulff in Berlin-Buch in der Deutsch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 48. Dr. Wulff und Dr. Hillen haben eine Vorrichtung konstruiert, „durch die man Arzneiflüssigkeiten mit Hilfe eines Spritzapparates, ohne sie in diesen erst zu überführen, direkt aus einer darin eingefügten, mit einer Pravaznadel armierten Ampulle keimfrei injizieren und gleichzeitig das auszuspritzende Flüssigkeitsquantum abmessen kann." Dieser Spritzapparat ist gesetzlich geschützt und wird von der Glastechnischen Anstalt Erich Koellner in Jena hergestellt und in den Handel gebracht.

VIII. Neue Instrumente zur Lumbal- und Venaepunktion beschreibt Dr. Klemens Bergl, Assistent der k. k. deutschen Psychiatrischen Universitätsklinik in Prag, in der Deutsch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 44. Die Entnahme von Blut und Liquor zur sero-, zytologischen und chemischen Untersuchung ist ein ungemein häufig geübter Eingriff geworden. B. hat denselben erleichtert durch folgende Änderung an den Instrumenten: Anbringung einer zirka hellergroßen, soliden Kopfplatte an dem Mandrin zur Daumenauflage und eines degenkreuzförmigen Griffes an dem Nadelkonus, Ausgestaltung des Kanülenkonus als Rekord-Normalkonus zwecks Verwendung des Instrumentes für intradurale Injektionen; ferner durch einen Kanülenhalter für die Venaepunktion, wodurch Kanülen aus jedem beliebigen Material (Platin, Nickel, Tantal) und jede beliebige vorhandene Pravazspritze auch zur intravenösen Injektion benutzbar gemacht werden. Die Kanüle kann im Halter in jeder beliebigen Stellung fixiert werden. Die Einstichtiefe ist regulierbar. Herstellende Firma: Ernst Kratz, Fabrik chirurgischer Instrumente in Frankfurt a. M.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Königl. Sächsische Landesanstalten.** Befördert: Oberarzt Dr. Müller in Leipzig-Dösen zum Stellvertreter des An taltsdirektors, die Anstaltsärzte Dr. Hahn

in Hochweitzschen und Dr. Wendt in Zschadraß zu Oberärzten. — Versetzt: Die Anstaltsärzte Dr. Tauscher von der Landesanstalt für Geisteskranke zu Waldheim nach Leipzig-Dösen und Dr. v. Rabenau von Hochweitzschen an die genannte Anstalt zu Waldheim sowie der Anstaltsarzt Dr. Mascher von Colditz nach Bräunsdorf.

— **Freiburg i. Br.** Dr. Wilhelm Grau als Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik angestellt.

— **Neckargemünd.** Dr. Robert Mez als Arzt an Dr. Fischers Kurhaus angestellt.

— **Heidelberg.** Dr. Karl Jaspers, Volontär-Assistent an der Psychiatrischen Klinik, hat sich in der philosophischen Fakultät habilitiert.

— **Alt-Scherbitz.** Assistenzarzt Dr. Sage wurde zum Kreisassistenzarzt in Magdeburg ernannt.

— **Straßburg.** Dr. Gabriel Steiner hat sich für Psychiatrie und Neurologie habilitiert.

— **Rostock.** Prof. Dr. Oswald Bumke-Freiburg i. Br. wurde als Nachfolger des verstorbenen Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schuchardt auf den Lehrstuhl der psychiatrischen Klinik in Rostock berufen.

— **Pommern.** Angestellt sind: bei der Provinzialheilanstalt bei Ückermünde der Assistenzarzt Braunert und bei der Provinzialheilanstalt zu Stralsund der Oberarzt Dr. Kluth.

Der Oberarzt Dr. Rieth und der Assistenzarzt Dr. Aßmann, beide bei der Provinzialheilanstalt zu Stralsund, sind aus dem Provinzialdienste ausgeschieden.

Für die **Möbiusstiftung** in Leipzig gingen ein von der Landes-Heil- und Pflegeanstalt zu Emmendingen 4,75 M, worüber auch an dieser Stelle bestens gedankt sei. (Es wird gebeten, Beiträge für die Möbiusstiftung zu leiten an das Stiftungsamt des Rats der Stadt Leipzig zu Leipzig mit dem Vermerk: Für Möbiusstiftung.)

Anhang.

Die für den praktischen und Anstaltsarzt zur Syphilisdiagnose verwendbaren Serum- und Kutanreaktionen.

Von Oberarzt Dr. **Bresler,** Lüben i. Schlesien.

(Fortsetzung.)

Fischer-Klausners Pallidin-Reaktion.

Daß sich noch manche weitere Bahn für eine einfache Serodiagnostik der Syphilis eröffnen wird, läßt sich vermuten, nachdem Fischer und Klausner[15]) es gelungen ist, aus Pneumonia alba-Lunge syphilitischer Föten ein Extrakt herzustellen, dessen Injektion in die Haut bei dem tertiären Stadium der Lues und der Lues hereditaria, sowie bei vereinzelten Fällen von Lues in der Spätlatenz eine spezifische Reaktion erzeugt. Dieses Pallidin genannte Luesreagens wird von E. Merck (Darmstadt) in den Handel gebracht. Bei nichtluetischen Personen und bei primärer und sekundärer Lues trat nie eine positive Reaktion auf. Im Pallidin ist das Extrakt durch Karbolsäurelösung steril gemacht. Nach der Mitteilung aus der Serumabteilung von E. Merck ist die Anwendungsweise folgende:

Man taucht in das Extrakt eine sterile Impflanzette und legt auf der mit Äther leicht gereinigten Haut des Oberarms vier Impfschnitte an — zwei Paare paralleler Schnitte, die sich kreuzen und ein Viereck von etwa 5 mm Seitenlänge einschließen —. Stärkere Blutung ist zu vermeiden. Darauf läßt man die Impfschnitte trocknen; ein Schutzverband ist nicht erforderlich.

Im Verlauf von 36 bis 48 Stunden bildet sich nun bei tertiärer Lues, bei Lues hereditaria und bei vereinzelten Fällen von Lues in der Spätlatenz an der Impfstelle eine typische Reaktion aus. Diese besteht in einer intensiv roten, papulösen Effloreszenz von 1—2 cm Durchmesser; in besonders stark reagierenden Fällen weisen die Impfstriche in ihrem Verlauf kleinste Nekrosepusteln auf. Die Impfpapel bleibt mehrere Tage hindurch deutlich sichtbar. Negative Fälle lassen nach 48 Stunden kaum noch die Impfstriche erkennen und die Haut bleibt völlig unverändert.

Bei primärer und sekundärer Lues tritt nie eine positive Reaktion auf, ebenso wenig bei nichtluetischen Individuen.

Da das Extrakt längere Zeit auf 60° erhitzt und mit 0,5% Phenol versetzt wird, bietet es volle Gewähr für seine Unschädlichkeit. Es wird aber außerdem fortlaufend von den Herren Fischner und Klausner auf Wirksamkeit und Unschädlichkeit geprüft und kann daher unbedenklich zu diagnostischen Zwecken verwandt werden.

Das Pallidin kommt in Gläsern zu 1 ccm in den Handel.

Klausner betont ausdrücklich, daß die Impfung eine kutane, nicht eine intrakutane ist.

Im einzelnen ergaben sich folgende interessante Beobachtungen.

Bei einem zarten tertiären Exanthem in Form

[15]) O. Fischer und E. Klausner, Wien. klin. Wochenschrift 1913 Nr. 2. E. Klausner, Über eine klinisch verwendbare Kutanreaktion auf tertiäre Syphilis. II. Mitteilung. Aus der deutschen dermatologischen Universitätsklinik in Prag. Wien. klin. Wochenschrift 1913 Nr. 24.

eines Neurosyphilids war sowohl Pallidin- wie Wassermann-Reaktion negativ.

Bei den Fällen von Periostitis gummosa und Lues maligna, welche keine Kutanreaktion zeigten, war auch Wassermann negativ.

Bei 2 Fällen von Lues hereditaria mit negativem Wassermann, war die Pallidin-Reaktion hochgradig positiv.

In einem Fall von Lebertumor mit positivem Wassermann und positiver Pallidin-Reaktion bestätigte die Probelaparotomie die Serodiagnose.

Ein Fall von Gefäßlues zeigte beide Reaktionen positiv. Ein Fall von Keratitis mit negativem Wassermann gab positive Luetin- und Pallidin-Reaktion.

Bei metaluetischen Erkrankungen konnte Fischer niemals eine positive Kutanreaktion erzielen.

Weitere Prüfung der Reaktion ist im Gange.

Müller und Stein haben nachgewiesen, daß ein negativer Ausfall der Pallidin-Reaktion das Bestehen eines Gumma ausschließe.

Die Pallidin-Reaktion dürfte bei manchen Fällen von Lues zur Serodiagnose für sich allein völlig ausreichen, bei manchen aber eine willkommene Ergänzung der übrigen serodiagnostischen Methoden darstellen, zumal sie äußerst einfach ist.

Klausner hält sie für eine Art Antikörper-Antigen-Reaktion, gleich der Tuberkulin-Reaktion, also für eine echte Hautallergie.

* *
*

Dem Arzt, der nicht in der Lage oder durch besondere Umstände verhindert ist, das Blut eines der Syphilis verdächtigen Patienten zur Untersuchung

auf WR. in ein serologisches Institut einzusenden, stehen also heute vier einfache, zum Teil sehr einfache Reaktionen zur Verfügung. Wenn im gegebenen Falle nur zwei derselben positiv bezw. negativ ausfallen, so dürfte ein solches Resultat mindestens die gleiche, wahrscheinlich aber größere Bedeutung haben als das Resultat der WR.

Außerdem besitzen wir in diesen Reaktionen eine willkommene und durchaus notwendige Kontrolle der WR.

Im übrigen ist die vor einigen Jahren von Professor Dr. Freiherrn von Dungern in Heidelberg angegebene, für die Sprechstunde geeignete technisch vereinfachte Methode der WR. neuerdings noch weiter vervollkommnet worden, so daß der Arzt, der über kein serologisches Laboratorium verfügt, aber der WR. nicht entraten will, gegebenenfalls auch die WR. unschwer heranziehen kann.

(Schluß folgt.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 42. 17. Januar **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Psychologische Methoden zur Erforschung des Verlaufes der nervösen Erregung unter normalen und pathologischen Bedingungen. Von Priv.-Doz. Dr. P. Ranschburg, Budapest. (S. 509) — Ein Hellseher? Von Dr. Wilhelm Riebes. (S. 510.) — F. F. Friedmanns Heil- und Schutzmittel gegen Tuberkulose. Von Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben. (S. 511.) — Mitteilungen (S. 515): Moskau. Eine Vermehrung der städtischen Irrenanstalten Berlins. — Referate. (S. 516.) — Personalnachrichten. (S. 516.) — Anhang: Die für den praktischen und Anstaltsarzt zur Syphilisdiagnose verwendbaren Serum- und Kutanreaktionen. Von Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben. (Schluß.) (S. 516.)

Psychologische Methoden zur Erforschung des Verlaufes der nervösen Erregung unter normalen und pathologischen Bedingungen.

Referat von Privatdozent Dr. **Paul Ranschburg,** Budapest.

(Mit Demonstrationen.)

Internationaler Kongreß für medizinische Psychologie und Psychotherapie zu Wien, 19. September 1913.

Die Wirkungen der Reize auf das zentrale Nervensystem lassen sich nach Semon zweckmäßig einteilen in: 1. synchrone Erregungen, die mit dem Reize gleichzeitig oder nahezu gleichzeitig auftreten und abklingen, und denen bei zentralen Eregungen die Empfindung (bezw. Wahrnehmung) entspricht; 2. in engraphische Reizwirkungen, d. h. Nachwirkungen des Reizes, denen physiologisch eine erhöhte Arbeitsfähigkeit psychologisch die Übung, die Fähigkeit zum Wiedererkennen, zur Wiedererneuerung durch Ekphorie, d. h. die Funktionen des Gedächtnisses, der Reproduktion entsprechen. Zwischen die synchrone Phase und die eigentliche engraphische Phase schiebt sich die sogenannte akoluthe Phase ein, d. h. psychologisch ist mit dem Erlöschen des Reizes fast gleichzeitig auch das Erlebnis, die Empfindung erloschen, physiologisch ist aber die Reizwelle noch nicht abgeklungen, sondern bedarf hierzu einer Zeit, die — wie dies z. B. aus den Nachbildern erweisbar ist — sich auf Sekunden erstreckt.

Der Verlauf all dieser Phasen der Erregung ist nun mittels der uns zur Verfügung stehenden psychologischen Methoden am lebenden Menschen sowohl unter normalen als unter pathologischen Bedingungen der Forschung in hervorragendem Maße zugänglich.

Überblicken wir die bezüglichen Methoden nach ihrer historischen Entwicklung seit den siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts, so treten zuerst

1. die Methoden zur Untersuchung der Erregungsleitung auf, und zwar als sogenannte Reaktionszeitmessungen (Wundt, Buccola, Kraepelin etc.), wobei den Untersuchungen der den Reflexen nahestehenden einfachen Reaktionen die Bestimmung des Verlaufes stets zusammengesetzterer derartiger Verläufe, insbesondere die Messung der Dauer der Assoziations- bezw. Reproduktionszeiten nachfolgte (Wundt, Kraepelin, Ziehen, Sommer, Aschaffenburg, etc. — Jung und die Bleulersche Schule überhaupt, wie auch Moravcsik zur Erforschung des Erregungsverlaufes unter Affekteinfluß).

II. Als geeignet für die Feststellung der engraphischen Reizwirkungen zeigt sich die von Ebbinghaus angebahnte Reihenerlernungs- als Ersparnismethode, die unter pathologischen Verhältnissen vom Vortragenden und Gregor zu Untersuchungen besonders bei der progr. Paralyse, senilen Demenz und bei der Korsakowschen Krankheit führte. Bei anscheinend völlig merkunfähigen Kranken wurden mittels dieser Methodik noch engraphische Veränderungen nach Wochen, ja vielen Monaten genau meßbar nachgewiesen, dabei auch verwertbare Hinweise über den Zustand der Hirnrinde in prognostischer Hinsicht gewonnen.

Diagnostisch und prognostisch verwertbare.

dabei insbesondere vom pathologisch-physiologischen Standpunkt interessante Ergebnisse lassen sich bei funktionell Erschöpften, bei Hirn- bezw. Geisteskranken, bei der traumatischen Neurose, sowie bei den verschiedenen Graden der Imbezillität mittels der von Müller G. E. und Pilzecker angebahnten, vom Vortragenden selbständig entwickelten Paarmethode, insbesondere der Methode der sinnvollen Wortpaare, verbunden mit Messung der Reproduktionszeit erzielen. Die Unterschiede im zeitlichen Ablaufe des ekphorischen Prozesses zeigen sich bei dieser Methodik schon bei Normalen als Funktionen des Alters, der Intelligenz etc. umsomehr, als Abweichungen von der Schwankungsbreite des normalen Mittels bei pathologischen Veränderungen der Hirnrinde, die mit Intelligenzdefekt einhergehen (Demonstration der Ergebnisse an Kurven).

III. Zur Untersuchung der synchronen Erregung eignen sich in gewissem Sinne die tachistokopischen Untersuchungen des Verlaufs der Sinnesempfindungen, Wahrnehmungen, bezw. der Auffassung von einzelnen Reizen oder Reizgruppen, insbesondere optischer Art. Einen tieferen Einblick in den Verlauf der synchronen und akoluthen Phase der Erregung bietet ein neu entwickeltes Verfahren des Vortragenden, das auf der von demselben entdeckten und beschriebenen homogenen Hemmung beruht. Ist die durch einen Reiz bedingte Empfindung erloschen, so kann das Bewußtsein schon fähig sein, eine durch einen andersgearteten Reiz bedingte neue Empfindung zu erleben. Hingegen kann zur selben Zeit, ja auch noch später ein dem vorausgegangenen gleichgestellter Reiz innerhalb einer gewissen Spanne Zeit keine bewußte Wahrnehmung auslösen, indem die ihr entsprechende Erregung gehemmt und zur Kräftigung der vorangegangenen verwendet wird. Je nach dem Zustand des zentralen Nervensystems ist das An- und Abklingen der zentralen Erregung ein rascheres oder verlangsamteres. Die Zeitspanne dieses Abklingens läßt sich eben durch Bestimmung des Intervalls, innerhalb dessen die homogene Hemmung sich wirksam zeigt, genau abmessen (Experimentelle Demonstration).

Ein Hellseher?

Betrachtungen zu dem gleichnamigen Aufsatz im 12. Heft des „Kosmos",
angestellt von Dr. **Wilhelm Riebes.**

Im letzten Heft des „Kosmos" (1913 H. 12) berichtet Geheimrat Schottelius ausführlich über einige unerklärliche Leistungen des „Hellsehers" Ludwig H. Unter strenger Kontrolle hat H. in verschiedenen Versuchen die Aufschriften zusammengefalteter, undurchsichtiger Zettel, deren Inhalt ihm z. T. unverständlich war, richtig gelesen. Dr. Haymann, ein erfahrener Psychiater, Medizinalrat Dr. Neumann, Bezirksarzt in Baden-Baden, Pfarrer Merta und Gerichtsassessor Engler, deren Versuchsprotokolle Schottelius ebenfalls wiedergibt, stimmen mit ihm darin überein, daß eine Täuschung ausgeschlossen sei. Sie lehnen jeden Versuch einer Erklärung vorläufig ab und betonen noch besonders, direkte Gedankenübertragung komme nicht in Frage, weil sie während der Versuche selbst gar nicht den Inhalt des jeweilig gelesenen Zettels gekannt hätten. Schottelius schließt seine Betrachtungen mit den Worten: „Wenn wir auch mit unseren heutigen Methoden das Phänomen nicht erklären können, so ist doch zu erwarten, daß es dereinst der wissenschaftlichen Forschung gelingen wird, den Zusammenhang dieser optisch-psychologischen Eigenschaft mit bekannten Naturgesetzen herzustellen."

Es geht aus dem Aufsatze im Kosmos nicht hervor, ob schon jemand an „Suggestion" bei den beglaubigten „hellseherischen" Leistungen gedacht hat; es ist immerhin anzunehmen. Ich mache also keinen Anspruch auf Priorität, wenn ich eine Möglichkeit der Deutung des „Hellsehens" durch suggestive Vorgänge kurz skizziere:

Der „Hellseher" H. hat jedenfalls vor dem gelungenen Experiment bis jetzt stets Gelegenheit gehabt, unter vier Augen mit dem Explorator zu sprechen. Bei einer dieser Unterhaltungen kann er u. U. die drei Zettelaufschriften dem mit ihm Sprechenden unvermerkt suggerieren. Ich halte eine solche Kraft der Suggestion für eher möglich, als die neue „optisch-psychologische Eigenschaft". Einer besonderen Erklärung bedürfen dann allerdings die Fälle, in welchen die gelesenen Fragen Intimitäten oder H. angeblich unbekannte Dinge enthalten.

Von den im Kosmos mitgeteilten Aufschriften kämen da hauptsächlich drei in Frage: Der Geburtstag des Geheimrats Schottelius, das griechische Wort Päderastie, das H. nicht zu kennen vorgibt, und die H. angeblich ebenfalls unbekannte Formel $a^2 + b^2 + 2ab$.

Die Kenntnis vom Geburtstage des Geheimrats Sch. könnte H. leicht auf Umwegen seiner Freiburger Bekannten oder aus dem Konversationslexikon haben. Daß er das ebenfalls in jedem Konversationslexikon stehende Wort Päderastie nicht gekannt haben will, während er sogar gewitzt genug ist, um es für „wahrscheinlich griechisch" zu halten, erscheint mir ohnehin verdächtig. Ebenso ist es völlig unglaubhaft, daß H. trotz seiner ungewöhnlichen mathematischen Begabung — „als dreijähriges Kind" konnte er „mit fünfstelligen Zahlen im Kopf" rechnen — nicht die einfachste Buchstabengleichung kennen sollte!

Die suggestive Kraft des H. müßte dann freilich groß sein. Aber undenkbar ist es nicht, daß H. als „guter Menschenkenner" nach einigen Minuten interessierter Unterhaltung die natürliche Richtung des Vorstellungsinhalts in jedem Explorator ungefähr herausfühlt und in dieser Richtung die zu suggerierenden Worte oder Zeichen wählt. Ob die eigentliche Suggestion schon in der Vorbesprechung oder erst im Augenblick des Zettelschreibens durch Gedankenübertragung vor sich geht, ist an sich nebensächlich. Haben die Explorationen vorbereitend gewirkt, so wird H. selbstverständlich — falls es sich eben um Gedankenübertragung handelt — in der Zeit seiner Abwesenheit aus dem Zimmer während des Zettelschreibens besonders stark an die von ihm intensiv gewünschten Aufschriften denken müssen, von deren Ausfall dann sozusagen seine Existenz abhängt. Hierbei bleibt freilich eines unerklärt: Das richtige Treffen der gerade auf dem jeweils vorgehaltenen Zettel stehenden Schrift.

Die auffällige Blässe und das deutliche Zittern, Erscheinungen, die vor dem Eröffnen der Zettel von allen Exploratoren bei H. beobachtet sind, bringen mich auf den Gedanken, es handle sich da um ein geschicktes Raten.

Meine Annahme bleibt freilich immer nur Hypothese. Ich möchte aber doch darauf hinweisen, wie gut sich das Mißlingen der Versuche bei Antipathie mit der Annahme der Gedankenübertragung, wie wenig mit einem optisch-psychologischen Vorgang verträgt. H. gibt nach Schottelius selbst zu, mit ihm unsympathischen Personen könne er „nicht arbeiten". Auch dieser Ausdruck H.s „mit jemandem arbeiten" paßt besser zur Hypothese von der Suggestion, welcher der „sympathische" Explorator unbewußt anheimfällt, als zu der von Schottelius angenommenen optisch-psychologischen Wechselbeziehung zwischen H.s Zentralnervensystem und den verdeckten Buchstaben. Eine Probe auf die Richtigkeit meiner Annahme wäre den Versuch, von einer dritten H. völlig unbekannten Person einige kurze Worte nicht nach Wahl, sondern etwa immer die ersten Worte der Seiten eines Buches abschreiben zu lassen und die zusammengefalteten Schriftzettel in Abwesenheit H.s einzuschmuggeln oder die schon Tage vorher von einem anderen geschriebenen Zettel einfach mitzubringen. Handelt es sich um ein seelisches Sehen, so muß man auch dann wenigstens einige Erfolge beanspruchen.

F. F. Friedmann's Heil- und Schutzmittel gegen Tuberkulose.[1]

Von Dr. **Johannes Bresler,** Oberarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Lüben i. Schles.

Am 6. November 1912 hielt Friedrich Franz Friedmann in der Berliner medizinischen Gesellschaft einen Vortrag über „Heil- und Schutzimpfung der menschlichen Tuberkulose" (veröffentlicht in der Berl. klin. Wochenschrift 1912 Nr. 47). Er legte dar, daß bei den zahlreichen von der Kultur des Tuberkelbazillus ausgehenden Präparaten, auch den von Koch selbst empfohlenen, die wirksamen Substanzen des Bazillus, die Antigene, bisher aus giftigen Bazillen der menschlichen Tuberkulose bezw. der Perlsucht durch chemische, thermische, mechanisch-physikalische, biologische Behandlung der Kulturen dargestellt wurden. Trotz aller Bestrebungen, die Giftigkeit durch besondere Prozeduren zu beseitigen, waren Schädigungen oder wenigstens Gefährdungen des menschlichen Organismus möglich; andererseits wurden durch solche eingreifenden Prozeduren die in den Bazillen vorhandenen, sehr labilen Antigene, von denen man Bildung von spezifischen Antikörpern erwartet, geschädigt. Beides konnte nur vermieden werden

[1] Bei dem relativ häufigen Vorkommen von Lungentuberkulose in Irrenanstalten erschien ein ausführlicher Bericht über Friedmann's Entdeckung in dieser Zeitschrift notwendig.

durch Auffindung eines Tuberkelbazillus von natürlicher Avirulenz und Ungiftigkeit, und zwar mußte er diese Eigenschaften beim tuberkulösen wie beim nichttuberkulösen Menschen haben. Da die Antigene durch keine gegen den Bazillus gerichtete Abtötungsmethode in ihrer molekularen Konstitution gestört sein durften, mußte der verwendete Bazillus ein lebender sein.

Friedmann ist es nun gelungen, einem Tuberkelbazillenstamm durch geeignete Umzüchtungen und Passagen auch die letzten minimalsten Spuren von Virulenz zu nehmen. Er spritzte das gewonnene Präparat zunächst sich selbst ein, dann erwachsenen Tuberkulösen, später tuberkulösen Kindern und schließlich, als die Heilerfolge sich immer wieder zeigten, bei Kindern zur Schutzimpfung. Im November 1912 hatte Friedmann bereits 1182 Menschen behandelt, unterstützt durch die ständige Mitbeobachtung und Mituntersuchung von 21 Ärzten.

Das Präparat erwies sich „bei jeder Art der Anwendung, subkutan, intramuskulär, intravenös, per os, konjunktival, lokal auf offene Krankheitsherde gebracht, selbst in großen Dosen als vollständig unschädlich". Es wurde einmal oder — in größeren Zwischenräumen — zwei- bis drei- oder mehrmals intramuskulär injiziert. An der Injektionsstelle muß sich ein Infiltrat von Nuß- bis Kleinapfelgröße bilden; dasselbe schwindet im Laufe der nächsten Wochen und Monate allmählich; von seiner vollkommenen Resorption hängt der Erfolg ab. Während der Resorption vollzieht sich die Heilung des tuberkulösen Prozesses. Unter dem Einfluß oft schon einer einzigen Injektion reinigten und schlossen sich Knochen- und Gelenkfisteln, bedeckten sich Skrofulodermen mit junger, gesunder Haut, verkleinerten sich große, harte Drüsentumoren erheblich; tuberkulöse Abszesse flachten ab und vernarbten, chronische skrofulöse Ekzeme heilten ab, Lungenphthisiker verloren ihre gesamten Beschwerden und physikalischen Krankheitszeichen. Die Heilung blieb oft, jedoch nicht immer stillstehen, wenn sich das Mittel unvollständig resorbiert, wenn das Depot an der Injektionsstelle nach Wochen, selbst nach Monaten teilweise einschmilzt und sezerniert oder sich durch Abszeßbildung entleert. In solchen Fällen würde auch durch erneute Injektion nichts erreicht. Die Ursache dieser Einschmelzung ist unbekannt.

Bei negativem oder fast negativem Ausfall der Pirquetschen Tuberkulinreaktion, bei Phthisen mit fortschreitendem Charakter, bei schweren oder multiplen Knochentuberkulosen, überhaupt bei progressiven, bereits auf dem Blutwege propagierten Tuberkulosen war bei der ersten Injektion die Resorption ausnahmslos eine schnelle, komplette, die Infitratbildung gering und vorübergehend, erst bei der zweiten und dritten Injektion war letztere erheblicher. Bei sehr starker positiver Kutanreaktion und in nicht sehr leichten Fällen hatte die alleinige Subkutan- bezw. Intramuskulärinjektion keinen vollständigen Heilerfolg.

In den Fällen von Knochen- und Gelenktuberkulose, in welchen nach Resorption des Präparats Heilung erfolgte, handelte es sich nicht um Fistelheilung mit vorübergehendem Nachlassen der Sekretion, sondern um Bildung fester, unempfindlicher, allmählich blaß werdender Narben. Sämtliche 12 behandelten Fälle von Knochenfisteln heilten; bei einem hoffnungslosen Fall mit totaler Zerstörung des Beckens, Peritonitis und schwerem Amyloid und in zwei Fällen von trockener morscher Karies bei 75 jährigen Greisinnen trat keine Heilung ein. Bei einem sehr schweren Fall von fungöser Kniegelenktuberkulose heilten die sechs schmierigen tiefen Fisteln nach zwei Injektionen glatt. Die beabsichtigte Amputation wurde dadurch vermieden. Das Knie wurde völlig schmerzfrei. Dieser Erfolg wäre durch keine andere Behandlungsmethode erreicht worden. Ein äußerst kachektisches, mit schwerer beiderseitiger Lungenphthise und Drüsentuberkulose behaftetes und außerdem an rechtsseitiger fungöser Kniegelenktuberkulose mit absoluter Unbeweglichkeit leidendes 8 jähr. Mädchen begann 6 Tage nach einer einzigen Simultaninjektion zu gehen; der Knieumfang verminderte sich, das Knie konnte im spitzen Winkel schmerzlos gebeugt werden; die Drüsen verkleinerten sich, der Lungenbefund besserte sich. Bei einem wegen Tuberkulose des Ellenbogengelenks operierten Kind, das Monate nach der Operation blaurote, bei der geringsten Bewegung schmerzhafte Schwellung des Gelenks und drei Fisteln zeigte, war dieses nach einer einzigen Injektion nach sechs Wochen geheilt und war nach 1¼ Jahren noch heil. Ein nach Amputation tuberkulös erkrankter Finger mit seit 18 Jahren dauernd eiternder Knochenfistel war nach der zweiten Injektion geheilt und seit einem Jahr vier Monaten dauernd heil. Bei einem Knaben mit 5 oder 6 bis 9 cm tiefen, zum Teil auf den Femurknochen führenden, von einem Oberschenkelamputationsstumpf ausgegangenen tuberkulösen Fisteln, deren wegen die Exartikulation im Hüftgelenk erfolgen sollte, waren sämtliche Fisteln in wenigen Monaten dauernd geheilt, das Hüftgelenk blieb erhalten. Eine schwere Spina ventosa der großen Zehe heilte ohne Operation oder Auskratzung nach zwei In-

jektionen innerhalb eines halben Jahres, eine schwere Knochen- und Hauttuberkulose der Hand nach drei Injektionen. Tuberkulöse Drüsen bildeten sich — bei mehr als 30 Fällen festgestellt — bei guter Resorption des Präparats schnell zurück; eine hühnereigroße, mit schmierigen Borken bedeckte, schmerzhafte Drüsengeschwulst heilte glatt nach einer Injektion.

Unter 250 behandelten Lungentuberkulosen starben nur sechs Fälle; es waren dies hoffnungslose, progressive Erkrankungen mit großen Kavernen in den Lungen; trotzdem trat auch hier anfänglich Besserung ein. Alle nicht allzu vorgeschrittenen Fälle wurden ausnahmslos schnell und fortschreitend beeinflußt. Die intramuskulären Injektionen des Mittels machen niemals Herdreaktionen, bewirken daher auch keine Hämoptoe; letztere, wenn sie vorher bestanden, verlor sich vielmehr meistens. Zuerst verlieren sich die Nachtschweiße, dann abgesehen von den schweren Mischinfektionen, das Fieber, ferner die subjektiven Beschwerden; dann erfolgt Appetit- und Gewichtszunahme, und zwar ohne daß die arbeitenden Patienten in ihrer Tätigkeit pausiert hatten. „Viele, die monatelang arbeitsunfähig waren, konnten einige Wochen nach der ersten Einspritzung ihre Tätigkeit wieder aufnehmen." Manche Patienten erklärten, daß sie nach den Injektionen geradezu Heißhunger bekämen. Ohne sonstige Medikation verloren sich unter dem Einfluß der Injektionen Husten und Auswurf, die auskultatorischen Krankheitszeichen wie Rasselgeräusche usw. Ein Pat., bei dem nach einer ausgedehnten Tuberkulinkur ausgedehnte Kehlkopftuberkulose mit Geschwüren an der Hinterwand des Kehlkopfes und an beiden Stimmbändern sowie Verschlimmerung der Lungentuberkulose auftrat und der fünf Monate dauernd arbeitsunfähig war, erfuhr unter drei Injektionen des Friedmannschen Mittels Vernarbung der Geschwüre nnd fortschreitende Bnsserung des Lungenbefundes und konnte — zur Zeit der Veröffentlichung — bereits seit elf Monaten täglich ohne alle Beschwerden angestrengt arbeiten. Bei einer vorgeschrittenen Phthise mit Blutauswurf, Nachtschweißen und Diarrhöen, letztere sechs Wochen lang täglich 20 bis 30 mal, verloren sich diese Beschwerden nach drei Injektionen. Bei den elf behandelten Urogenitaltuberkulosen, darunter fünf Fällen tuberkulöser Hoden- und Nebenhodenentzündung gingen die Geschwülste schon nach der ersten Injektion erheblich zurück. In einem Falle heilten die zahlreichen Knoten und Fisteln des Nebenhoden nach fünf Injektionen; es blieben nur kleine, unempfindliche, bindegewebige Reste zurück. Bei einem Knaben, welchem zwei Jahre vorher der eine tuberkulöse Hoden amputiert war, jedoch ohne Erfolg und dem nun auch der andere tuberkulöse und dauernd fistelnde Hoden exstirpiert werden sollte, bewirkten zwei Injektionen (1. Aug. und 10. Sep.) zunächst stärkere eitrige Sekretion, dann Versiegen der Fistel und vollständige Heilung mit fester, schmerzloser Narbe; der Hoden blieb erhalten. Ferner wurden sechs Fälle schwerer Blasen- und Nierentuberkulose behandelt. Ein Patient mit dauernden Blasenkrämpfen und Nierenkoliken, mit trübem Urin und mit vorgeschrittener Lungentuberkulose nahm unter 4 Injektionen 9 Pfund an Gewicht zu und verlor Auswurf, Stiche, Blasen- und Nierenschmerzen. Ein Mädchen mit doppelseitiger Nierentuberkulose und ausgedehnten Geschwüren in der Harnblase, bei der innerhalb vier Monaten nach Exstirpation der einen Niere sich dauernd die Schmerzen in der anderen Niere steigerten, verloren sich letztere und heilten die Blasengeschwüre unter vier Injektionen. In einem Fall von Tuberkulose beider Nieren, des linken Ureters, der Blase und Bazillenbefund in Urin und Nieren, in dem trotz Exstirpation der einen Niere sich aus der Tiefe der Wunde dauernd rahmiger Eiter entleerte und unter Fieber sichtlicher Verfall eintrat, begann die Wunde einige Wochen nach der ersten Injektion unter stärkerer Sekretion sich zu reinigen, nach der zweiten erfolgte allmähliche Heilung; auch die Lungensymptome besserten sich. Bei Hauttuberkulose ist wegen der oft sehr großen spezifischen Überempfindlichkeit des Organismus häufig auch die Haftung des Mittels erschwert, doch führt in solchen Fällen Simultaninjektion zum Ziele. Ein seit einem Jahr bestehendes, allmählich gewachsenes Skrofuloderma vernarbte schon nach einer Injektion definitiv und war noch nach 1¼ Jahr heil, gleichzeitig bildete sich eine vorher mit Jodoformglyzerin erfolglos behandelte Fußgelenktuberkulose zurück. Bei hartem torpiden Lupus macht Friedmann die Injektion nahe am Herde, zentrifugal von demselben. Ein seit vierzehn Jahren in der Achselhöhle bestehender Lupusherd atrophierte unter Injektion vollständig und heilte von Woche zu Woche weiter. Bei kleineren torpiden Herden kann man auch direkt in den Herd injizieren. Unter den sich bildenden, viele Wochen fest haftenden Borken findet sich nach ihrem Abfallen junge gesunde Haut. Ein schwerer Lupus des Kehlkopfes, weichen Gaumens und Rachens zeigte schon wenige Wochen nach der ersten Injektion deutlichen Rückgang. Skrophulöse Konjunktivitis, Phlyktänen, Keratiden pflegen unter Injektionen

schnell abzuheilen, aber auch viele Monate oder Jahre vergeblich behandelte skrofulöse Ekzeme verschwinden glatt und endgiltig. Bei einem Knaben mit stark positiver Pirquetreaktion erfuhren die markstückgroßen, borkigen, nässenden, niemals vollständig heilenden, ihn geradezu übersäenden Effloreszenzen acht Tage nach der Injektion Eintrocknung, Abstoßung und definitive Heilung. Ein trotz aller Therapie seit 24 Jahren bestehendes Hand- und Fußekzem heilte durch eine Simultaninjektion. Friedmann betont ferner die günstige Beeinflussung derjenigen Neuralgien und Gelenkschmerzen (Poncet'scher Gelenk-Rheumatismus), welche auf tuberkulöser Grundlage beruhen, durch sein Mittel, ferner auf din Möglichkeit eines Zusammnnhangs der Tuberkulose mit gewissen Geisteskrankheilen, da er in einer psychiatrischen Klinik bei achtzehn luesfreien Geisteskranken (sieben Imbezillen, fünf Paranoikern, drei Dementia praecox-Kranken, drei Katatonikern) elf mal eine ganz exzessiv hochgradige Kutanreaktion beobachtet habe, wie er sie an etwa 2000 im Ganzen von ihm vorgenommenen Reaktionen noch nicht gesehen habe.

Zum Zweck der Schutzimpfung war von Friedmann damals (November 1912) bereits 335 Kindern im Alter von einer Stunde bis zu drei Jahren, darunter 305 Säuglingen, das Mittel eingespritzt worden, und zwar je einmal und in die Muskeln. Dabei wurden in allen Fällen die hereditären Verhältnissen bezüglich Tuberkulose eingehend erforscht und bei allen Müttern die Kutanreaktion ausgeführt, die bei 90% positiv ausfiel. Bevorzugt wurden Kinder aus tuberkulösem Milieu, besonders solche, deren Eltern oder Geschwister tuberkulös waren. Sämtliche Säuglinge vertrugen die Injektionen glatt und ohne jedes Fieber; das wenige Tage nach der Injektion sich entwickelnde erbsen- bis kirschgroße Infiltrat schwand nach Wochen oder wenigen Monaten restlos. Während der Dauer des Infiltrats ist die Pirquetsche Reaktion positiv. Bei mehreren hereditär mit Tuberkulose belasteten, bei der Geburt positive Pirquetreaktion zeigenden Neugeborenen wurde letztere mehrere Monate nach der Immunisierung glatt negativ. Spuren von Skrofulose bezw. Tuberkulose hatten sich bei den geimpften Kindern nicht gezeigt, ihre Entwicklung war eine günstige.

Über das Ergebnis des Tierversuchs teilte Friedmann mit, daß das Präparat für Meerschweinchen völlig unschädlich sei; selbst wenn man Meerschweinchen das Vielfache der für den Menschen bestimmten Dosis einspritze, seien dieselben, wenn man sie nach Jahren töte, völlig gesund. Tuberkulös gemachte unbehandelte Meerschweinchen erlagen durchschnittlich nach 110 Tagen, mit dem Friedmann'schen Präparat — eine einzige Injektion — behandelte dagegen erst nach 363 Tagen. Mit dem Präparat immunisierte und später mit hochvirulenten Tuberkelbazillen infizierte Tiere lebten viermal so lang als nicht immunisierte, infiüierte Tiere, Die natürliche Tuberkulose des Menschen sei aber nicht im allerentferntesten so verderblich wie die künstliche beim Meerschweinchen.

Über den Vortrag Friedmann's fand in der Berliner medizinischen Gesellschaft eine sehr eingehende Diskussion statt, worüber ich dem offiziellen Bericht in der Berl. klin. Wochenschrift 1912 S. 2241 folgendes entnehme:

E. Müller bestätigte den Erfolg der Behandlung bei dem von Friedmann erwähnten Knaben mit den sechs Fisteln am Knie; der Erfolg sei ein erstaunlich günstiger und wäre nach seiner Überzeugung durch keine andere Behandlung erreicht worden. Er erwähnt noch einen Knaben mit am ganzen Körper verstreuten, zahlreichen eiternden Knochen- und Drüsenfisteln und mit Spina ventosa am rechten Mittelfußknochen und zwei seit langem unveränderten Hauttuberkuliden; nach zwei intermuskulären Injektionen schlossen sich alle Fisteln völlig im Laufe von drei Monaten, auch heilten die Hauttuberkulide und die Spina ventosa definitiv. Bei einem Knaben mit isolierter Tuberkulose der rechten Tibia und offenem tuberkulösem Abszeß nebst stark eiternder Fistel heilte letztere unter zwei intramuskulären Injektionen nach acht Wochen. Bei zwei anderen Kindern bildeten sich an der Injektionsstelle Abszesse; dieselben heilten in einigen Wochen ab; eins dieser beiden Kinder litt seit sechs Jahren an Knochenfisteln; diese kamen trotz jener Abszedierung nahezu zum Verschluß. Das andere Kind entzog sich der weiteren Behandlung, ehe eine Besserung erfolgt war. E. Müller versichert ferner, daß die 53 Säuglinge, die Friedmann prophylaktisch geimpft hatte, durch die Impfung in keiner Weise geschädigt worden sind und in normaler Weise gediehen. Eine gleich günstig lautende Erklärung Pulvermachers über die Wirkung der Friedmann'schen Injektionen bei den Säuglingen des Wöchnerinnenheims wurde verlesen; desgleichen eine solche Erklärung von Schleich; seine anfängliche Skepsis sei unter dem Eindrucke einer großen Zahl sehr schön geheilter Fälle sogenannter chirurgischer Tuberkulose geschwunden, bei denen sämtlich ein geplan-

ter Eingriff durch die Friedmann'schen Injektionen umgangen werden konnte.

Karfunkel berichtet über das Ergebnis seiner Beobachtungen an 450 Patienten. Er bestätigt die absolute Unschädlichkeit des Mittels für jegliches Lebensalter. Die früher nicht seltenen Entzündungen des Infiltrats und Abszesse an der Injektionsstelle haben sich durch Simultaninjektion vermeiden lassen. Bei intramuskulär gespritzten Lungentuberkulosen wurde der Eintritt der völligen Heilung bezw. Arbeitsfähigkeit in wenigen Wochen bis in zwei bis vier Monaten erreicht. Nach den erreichten Erfolgen würde er (Karfunkel) „nicht mehr daran denken, eine Lungenphthise anders als durch das Friedmann'sche Mittel zu behandeln". Unter mehr als 200 Lungenphthisen habe er tatsächlich nicht einen einzigen Fall gesehen, der nicht in günstigem Sinne auf das Mittel reagierte. Unter seinen 47 behandelten Fällen von Skrophulose, namentlich mit schweren skrophulösen Ausschlägen, war „nicht einer, der nicht in kürzester Zeit, meist in zehn bis dreißig Tagen, mit rapide fortschreitender Abheilung auf die Friedmann'sche Injektion reagiert hatte — darunter viele pirquetpositive Kinder, die seit Jahren vergeblich mit äußeren Mitteln und Diätetizis behandelt waren und nun ihre skrophulösen Ekzeme, ihre juckenden und nässenden, über den größten Teil der Körperoberfläche verbreiteten Effloreszenzen glatt und dauernd verloren". Kranke mit tuberkulösen Drüsenschwellungen, selbst mit starken Drüsentumoren, wurden 19 behandelt. Er sah einige Male, wie Jahre alte kompakte, über faustgroße Drüsenpakete schon wenige Tage nach der ersten Injektion Furchungen bekamen und aus ihnen kleinere Drüsen wurden, die sich weiterhin noch verkleinerten. Schmerzhafte Drüsen wurden stets unempfindlich. 22 Fälle von Hornhautgeschwür, Konjunktivitis (darunter vier schwere Fälle von jahrelangem Bestand), Blepharitis, Phlyktänen heilten in wenigen Wochen. Gleiche günstige Erfolge sah Karfunkel nach den Injektionen bei Knochen- und Gelenktuberkulose, tuberkulösen Hautabszessen, tuberkulösen Hautgeschwüren. Beim Lupus bewirkte Simultaninjektion nach wenigen Tagen eine verblüffende Heilreaktion; die Lupusstellen wurden merklich blasser und trockener, selbst bei Jahrzehnte altem Lupus. Hier war öftere Injektion nötig. Karfunkel versuchte das Friedmann'sche Mittel auch gegen Affektionen, die bisher nicht als tuberkulöse galten, aber im Hinblick auf positive Pirquetreaktion der betreffenden Patienten auf Tuberkulose bezogen werden konnten, nämlich bei zwei Fällen von Ischias. In dem einen Falle war die Ischias 22 Wochen hindurch mit den verschiedensten Mitteln behandelt worden. Auf die Injektion erfolgte erst eine kurze, aber heftige Exazerbation und — am kranken Bein — ein pustulöses Exanthem, das bald zurückging, darauf völlige Heilung der Ischias. Es heilten ferner mehrere Fälle von Poncet'schen Gelenkrheumatismus, der auf Tuberkulose beruht, und viele neuralgische Beschwerden. — Aus der Wirkungslosigkeit des Friedmann'schen Mittels darf man, nach Karfunkel, auf das Fehlen von Tuberkulose bei dem Kranken schließen. In zwei Fällen von Sarkom trat dies zu Tage. In hohem Grade machte sich auch ein roborierender Einfluß der Injektionen auf den ganzen Organismus sowohl bei tuberkulösen Patienten (z. B. Nachlassen des Haarausfalls, Wiedereintritt der Menstruation) wie bei den prophylaktisch behandelten Kindern geltend. Ein sechsjähriger Knabe mit Verdacht auf Bronchialdrüsentuberkulose und positiver Kutanreaktion, der seit dem zweiten Lebensjahr sechs- bis siebenwöchentlich an bronchialem Fieber und keuchhustenartigen Anfällen litt, hatte im Anschluß an die Injektion noch einmal vier Tage fieberhafte Bronchitis, blieb aber weiterhin davon verschont und „hat sich geradezu glänzend entwickelt."

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Moskau.** An dem am 8. Januar hier eröffneten fünften internationalen Kongreß zur Geisteskrankenfürsorge nahmen 300 russische und 30 ausländische Delegierte teil. Zum Ehrenvorsitzenden der ersten Sitzung wurde der Vertreter der Stadt Paris gewählt, der die Versammelten im Namen des Organisationsbureaus und der französischen Regierung begrüßte. Im Namen der deutschen Delegierten hielt eine Ansprache Prof. Alt.

— **Eine Vermehrung der städtischen Irrenanstalten Berlins** ist schon jetzt wieder nötig, obwohl die große vierte Irrenanstalt in Buch noch nicht vollendet ist. Die städtische Verwaltung für Irrenpflege beschäftigt sich mit dem Plan, eine zweite Idiotenanstalt zu errichten, und zwar soll in dieser neuen Anstalt den modernen Anschauungen Rechnung getragen werden. Man will einmal darauf Bedacht nehmen, daß die neue Anstalt nicht ausschließlich der armen Bevölkerung, sondern auch besser situierten Kreisen zur Unterbringung ihrer Angehörigen dienen kann. Zum andern wird im Hinblick auf die neuerdings in der Öffentlichkeit er-

hobenen Forderungen auf Überweisung psychopathischer Kinder in Anstalten in Erwägung gezogen, die neue Anstalt sogleich in dem Umfange zu erbauen, daß die Stadt in der Lage ist, auch solche Kinder dort unterzubringen. Die Deputation für die Irrenpflege hat zur Beratung darüber, welche Größe die neue Idiotenanstalt unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte erhalten muß, eine besondere Kommission eingesetzt.

Referate.

— Das Jugendgericht in Frankfurt am Main. Herausgegeben von Prof. Dr. Freudenthal. Berlin 1912. Verlag J. Springer. 134 Seiten. 6 M.

Von allen beim Frankfurter Jugendgericht beteiligten Seiten sind Beiträge geliefert worden, Allmenröder bespricht die Tätigkeit des Jugendrichters, Becker die staatsanwaltlichen Funktionen, wobei beide mit Recht dem erzieherischen Momente eine ausschlaggebende Rolle zuweisen.

Wie anderwärts auch, so bedarf auch Frankfurt in diesem Punkte der privaten Fürsorge und Polligkeit berichtet über die Organisation und Wirksamkeit der Jugendgerichtshöfe und über ihre Erfolge- und Fehlschläge.

Klare, präzise Ausführungen gibt sodann H. Vogt, der die Tätigkeit des ärztlichen Gutachters schildert, der nicht nur den klinisch-psychiatrischen Begriff erörtern soll, sondern auch die sozialen Verhältnisse und die Erziehungsmöglichkeit berücksichtigen muß.

Der deuschen Jugendgerichtsbewegung ist das Buch zugeeignet, und wahrlich, dieser ist damit kein schlechter Dienst erwiesen; wer sich bereits mit ihr beschäftigt hat, wird viel ihm Zusagendes finden, und wer sich über sie orientieren will, dem sei diese Lektüre empfohlen.

Kürbitz - Sonnenstein.

— Jolly, Dr. Ph., Assistent an der Psychiatrischen und Nervenklinik (Geh.-Rat Prof. Anton) in Halle a. S.: Kurzer Leitfaden der Psychiatrie für Studierende und Ärzte. Bonn 1914, A. Marcus & E. Webers Verlag. 240 Seiten. Brosch. M 4, geb. M 4,80.

Im Lehrbereich der Psychiatrie herrscht bezüglich mancherlei Fragen Meinungsverschiedenheit über das, was als allgemein anerkannt und feststehend gelten und vom Examinanden verlangt werden darf; bei der Einführung der Psychiatrie als Prüfungsgegenstand ist darüber im Fachkreise lebhaft diskutiert worden. Um so schwieriger ist es, den Stoff in einem kurzen Leitfaden so zu verarbeiten, daß der Studierende eine an jeder Universität für die Prüfung brauchbare Quintessenz des gegenwärtigen psychiatrischen Wissens besitzt. Der Verfasser hat diese Aufgabe aufs trefflichste gelöst. Es gereicht seinem Leitfaden zum Vorteil, daß in dem Streit der Schulen die richtige Mitte gehalten und, wo nötig, auf die Divergenz der Lehrmeinungen hingewiesen wird. Daß z. B. die akute halluzinatorische Verwirrtheit (Amentia) beibehalten und besonders behandelt wird, ist durchaus richtig.

Jollys Leitfaden verdient Studierenden und Ärzten bestens empfohlen zu werden. Bresler.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Goddelau.** Paul Lahm von Mainz ist am 4. Januar als Medizinalpraktikant in den Dienst der hiesigen Anstalt getreten.

— **Göttingen.** Die Assistenzärzte Dr. med. Frensdorf und Rapmund sind vom 1. Oktober 1913 ab zu Abteilungsärzten ernannt.

— **Tapiau.** Der Anstaltsarzt Dr. Willy Laber ist am 31. Dezember 1913 aus dem Dienst der hiesigen Anstalt ausgeschieden. Assistenzarzt Dr. Wahrhold Ortleb aus Alzey ist am 1. Januar als Anstaltsarzt hierselbst eingetreten.

— **Wiesloch.** Der bisherige Medizinalpraktikant Dr. med. Alfred Mayr wurde auf 21. Januar zum Hilfsarzt an unserer Anstalt ernannt.

Anhang.

Die für den praktischen und Anstaltsarzt zur Syphilisdiagnose verwendbaren Serum- und Kutanreaktionen.

Von Oberarzt Dr. **Bresler,** Lüben i. Schlesien.

(Schluß.)

v. Dungern'sche Modifikation der Wassermannschen Reaktion.

Von den zahlreichen Veröffentlichungen über diese Methode führe ich nur die aus der letzten Zeit an; so Balcarek[16]), der 101 Fälle untersuchte und zu dem Resultat gelangte, daß in 96 Fällen die Dungernsche Reaktion dieselben Aus-

[16]) Zur Kenntnis des diagnostischen Wertes der v. Dungernschen Modifikation der Wassermannschen Reaktion im Vergleich mit dem der Wassermannschen Originalmethode. Von A. Balcarek. Aus der II. med. Universitätsklinik in Wien. Mediz. Klinik 1913 Nr. 38.

schläge gab, wie die Wassermannsche, daß sie dreimal Syphilis, die anamnestisch sicherstand, anzeigte, während WR. negativ war und nur einmal im Gegensatz zur positiven WR. in einem Fall von Lues hereditaria versagte, endlich in einem Fall von Magenkarzinom negativ ausfiel, obwohl WR. mittelstark positiv war.

Nach Balcareks Ansicht scheint die von Dungernsche Methode den an sie gestellten Forderungen vollauf gewachsen.

Balcarek kontrolliert zur Erhöhung der Sicherheit jedesmal das Fehlen einer Eigenlyse im Serum in der Weise, daß er das defibrinierte Blut (siehe später die Gebrauchsanweisung) aus der Uhrschale in kleine Röhrchen von 3 bis 4 mm Durchmesser gießt, dann die Blutkörperchen solange absetzen läßt, bis ein kleiner Meniskus fast farblosen Serums zu sehen ist, und dann erst den Versuch ansetzt.

Auf diese Weise erhielt er niemals eine Beeinträchtigung des Resultats in positiven Fällen.

Dieselbe unterscheidet sich nicht unwesentlich von der früheren, da es sich als zweckmäßig erwiesen hat, an Stelle des eingetrockneten Ambozeptors flüssigen zu verwenden.

Auch Samelson[17]) kommt zu einem günstigen Ergebnis. Er glaubt, daß aus seinen Untersuchungen die Zuverlässigkeit der Dungernschen Reaktion auch bei Lues congenita zur Genüge hervorgeht, so daß sie für praktische Zwecke als Ersatz der Wassermannschen Methode empfohlen werden kann. „Sie kann vom Arzt selbst angestellt und beurteilt werden und macht ihn dadurch unabhängig von fremden Laboratorien. Sie bietet aber auch gerade für den Kinderarzt den Vorteil, daß sie mit ganz geringen Mengen Blut auskommt, zu deren Entnahme ängstliche Eltern eher zu bewegen sind, als zu der relativ größeren Menge, die für den Wassermann gebraucht wird."

Unter 20 Fällen sicherer Syphilis oder von Syphilisverdacht war die Dungernsche Methode jedesmal übereinstimmend mit der Orginal-WR. und den klinischen Symptomen positiv. In den übrigen 10 syphilisverdächtigen Fällen war die Reaktion nach beiden Methoden negativ; darunter war ein Fall, wo nach dem klinischen Verlauf und dem Erfolg der Behandlung kongenitale Lues angenommen werden mußte, beide Methoden aber negativ waren, daher also wohl beide versagt haben. (In einem solchen Falle kämen eben die übrigen oben beschriebenen Methoden in Betracht!)

In einem weiteren Falle — ein 1 Monat altes Kind mit Krämpfen und starkem Hydrozephalus und Verdacht auf Meningitis — war Original-Wassermann im Blut positiv, Dungernsche Reaktion negativ. Der weitere Verlauf und die Sektion bestätigten die Diagnose: eitrige Meningitis, die Sektion ergab nicht den geringsten Anhaltspunkt für Syphilis. Die Original-Wassermann-Methode hat hier also wahrscheinlich zu einem falschen Ergebnis geführt.

Einwände, welche auf Grund rein theoretischer Erwägungen gegen die von Dungernsche Methode gemacht worden sind, haben dieser Forscher und Hirschfeld nicht nur zu widerlegen versucht, sondern auch praktisch durch größere Versuchsreihen entkräftet, bei welchen sich die Übereinstimmung der Resultate der von Dungernschen Modifikation mit denen der alten Methode zeigte.

Prof. von Dungerns Syphilisdiagnostikum wird von der Firma E. Merck (Darmstadt) hergestellt, welche die nachstehende Gebrauchsanweisung gibt:

(Verfahren nach Wassermann, Noguchi, v. Dungern-Hirschfeld.)

Zur Vornahme der Wassermannschen Reaktion sind außer physiologischer Kochsalzlösung folgende Reagenzien nötig:

1. Patientenserum (Antikörper), 2. Organextrakt (Antigen), 3. Meerschweinchenserum (Komplement), 4. ein haemolytisches System, bestehend aus Blutkörperchen irgend einer Art und einem gegen diese Blutkörper gerichteten haemolytischen Antikörper (Ambozeptor).

Die Vereinfachung, die es ermöglicht, die Reaktion ohne Vorkenntnisse und ohne Laboratoriumseinrichtungen vorzunehmen, besteht darin, daß man an Stelle von tierischen Blutkörperchen diejenigen des Patienten benutzt und die übrigen Reagenzien bereits austitriert in haltbarer Form verwendet.

Zur Herstellung der zur Verdünnung nötigen physiologischen Kochsalzlösung nimmt man eine der beiliegenden Kochsalztabletten (0,8 g) und löst sie unter Schütteln in 100 ccm Leitungswasser.

Das Meerschweinchenserum ist an dem beiliegenden „Komplementpapier" angetrocknet. Das „Organextrakt" befindet sich in alkoholischer Lösung. Das Röhrchen muß immer gut verschlossen sein, damit die Konzentration nicht durch Verdunstung des Alkohols zunimmt.

Die Flasche mit der Aufschrift „Ambozeptor" ent-

[17]) Über die Dungernsche Syphilisreaktion bei Lues congenita. Von Dr. S. Samelson. Aus der Universitätskinderklinik Straßburg. Zeitschrift für Kinderheilkunde 1913 VIII, 2, S. 155.

hält Menschenblut lösendes Ziegenserum; auf der Etikette ist die zur Prüfung zu verwendende „Reaktionsdosis" vermerkt.

Aus der Fingerbeere des Patienten entnimmt man ca. 10 Tropfen Blut in ein Uhrschälchen und rührt mit einem Streichholz einige Minuten, bis man am Streichholz Fibrin haften sieht. Eine Verunreinigung des Blutes mit Phenol, Sublimat und dergl. ist streng zu vermeiden, die Haut also zuletzt mit Alkohol abzureiben, den man verdunsten läßt. Mit dem so gewonnenen defibrinierten Blut, das also das Patientenserum (confer. oben Nr. 1) und die für das haemolytische System (confer. oben Nr. 4) nötigen Blutkörperchen enthält, wird die Reaktion nun folgendermaßen und zwar möglichst bald nach der Blutentnahme vorgenommen:

1. Auf den Boden des einen von zwei 10 mm weiten Reagenzgläsern bringt man mit der Pipette 0,1 ccm von dem alkoholischen „Organextrakt". Reagenzglas und Pipette müssen vorher mit Alkohol gespült und völlig trocken sein.
2. Nachdem der alkoholbenetzte Teil der Pipette mit Wasser und Kochsalzlösung ausgespült ist, bringt man in beide Reagenzgläser je 2 ccm Kochsalzlösung.
3. In jedes Reagenzglas kommen je zwei Komplementpapiere, die völlig von der Flüssigkeit bedeckt werden müssen (andernfalls sind die benützten Reagenzgläser zu weit) und dauernd in dem Glas verbleiben.
4. In jedes Reagenzglas kommt 0,1 ccm des defibrinierten Patientenblutes.
5. Die Reagenzgläser bleiben mindestens eine Stunde bei Zimmertemperatur (20—24° C.) stehen und werden von Zeit zu Zeit geschüttelt.
6. Nach Ablauf dieser Zeit kommt in jedes Reagenzglas die auf dem Ambozeptorglas angegebene „Reaktionsdosis" des Ambozeptors.

Beide Gefäße werden sofort und dann alle 10 Minuten umgeschüttelt, bis in dem Kontrollglas Lösung der roten Blutkörperchen eingetreten ist, die Flüssigkeit also durchsichtig rot (lackfarben) geworden ist, was $^1/_2$ bis 1 Stunde dauert. Dann läßt man beide Gläser 1 Stunde stehen und liest das Resultat ab.

Der Inhalt des Kontrollröhrchens (das kein Organextrakt enthält) soll dann glanzhell, dunkelrot sein und keinen wesentlichen Bodensatz zeigen.

Im übrigen sind drei Fälle möglich:

1. Der Inhalt des Versuchsröhrchens kann dem des Kontrollröhrchens gleich sein. Die Reaktion ist dann negativ, da die Mischung Serum-Organextrakt das Komplement nicht gebunden hat, letzteres also die roten Blutkörperchen in Verbindung mit dem Ambozeptor lösen konnte.
2. Der Inhalt des Versuchsröhrchens ist in dem oberen Teil farblos, wasserhell und die roten Blutkörperchen haben sich mehr oder weniger vollständig gesenkt. Die Reaktion ist dann positiv, d. h. die Verbindung Serum-Organextrakt hat das Komplement gebunden, sodaß es für die Lösung der Blutkörperchen nicht frei blieb.
3. Der Inhalt des Versuchsröhrchen ist in seinem oberen Teil mehr oder weniger stark rot gefärbt, glanzhell, in seinem unteren Teil findet sich ein Bodensatz von nicht gelösten Blutkörperchen. Die Reaktion ist dann unvollständig und läßt keinen sicheren Schluß zu. Solche inkompletten oder Grenzreaktionen kommen bei ganz frischen Primäraffekten, ferner bei behandelten Luetikern und im latenten Stadium vor und finden sich etwa bei 33% aller Luetiker.

Für den Anfänger empfiehlt es sich, die Reaktion an einem sicher positiven (am besten Paralytikerblut) und einem sicher negativen Falle zuerst zu üben.

Es ist von der größten Wichtigkeit, daß die Prüfung sofort oder nur wenige Stunden nach der Blutentnahme gemacht und die oben angegebene Zimmertemperatur (20—24° C.) eingehalten wird. Tritt trotzdem in dem Kontrollröhrchen eine Stunde nach Zufügung des Ambozeptors keine Lösung ein, dann haben sich die Reagenzien bezw. das Komplement abgeschwächt und sind unbrauchbar geworden.

Da diese Abschwächung des Komplements sehr bald eintreten kann, müssen die Reagenzien möglichst frisch verwandt werden; sie werden daher nur unmittelbar an den Verbraucher versandt, die Verrechnung erfolgt mit dem nächsten Zwischenhändler.

Die Sendungen gehen nur Donnerstags in Darmstadt ab und zwar werden an diesem Tag alle Bestellungen erledigt, welche bis zum Dienstag Vormittag bei der Firma E. Merck eingelaufen sind. Spätere Bestellungen kommen erst in der nächsten Woche zur Erledigung.

Soll das Diagnostikum auf weitere Entfernungen verschickt werden (mehrwöchentlicher Transport), dann muß sich der Verbraucher das Komplement selbst herstellen. Hierfür versendet E. Merck eine besondere Anweisung. Diese Bestecke ohne Komplement sind 3—4 Monate brauchbar.

Das Diagnostikum wird in Packungen zu 1—2, 5 und 20 Reaktionen geliefert, die einzelnen Reagenzien werden nicht abgegeben.

Die in den Bestecken zu 5 und 20 Reaktionen enthaltenen Pipetten und Reagenzgläser bleiben auf besonderen Wunsch weg, wodurch sich der Preis entsprechend vermindert.

Für die erste Anwendung des Diagnostikums empfiehlt es sich, ein Besteck von 5 Reaktionen mit Apparatur zu bestellen, da es unbedingt nötig ist, die Reaktion an einigen Blutarten einzuüben. Für weitere Untersuchungen empfiehlt E. Merck dann in er ter Linie die Packung von 1—2 Reaktionen.

Der flüssige Ambozeptor soll möglichst kühl, jedenfalls nicht im geheizten Zimmer aufbewahrt werden, während das Komplementpapier weniger unter der Wärme als unter Feuchtigkeit leidet und also nicht im Eisschrank aufbewahrt werden darf.

* * *

Zum Schluß mag die neueste statistische Zusammenstellung über die WR. hier angeführt wer-

den. Es ist die von R. Müller (Wien) auf der 85. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, Wien, 21. bis 27. September 1913 gegebene. (Deutsch. med. Wochenschrift 1913, S. 2229.) Danach reagieren gesunde oder an leichten, lokalisierbaren nichtsyphilitischen Krankheiten Leidende bei WR. negativ. Bei gewissen Protozoenerkrankungen sowie Lepra zeigt sich ebenso häufig als charakteristisches Symptom positive WR. Bei anderen nichtsyphilitischen Allgemeinerkrankungen kann inkomplette WR. in 2—3% vorkommen, komplette positive WR. gehört zu den größten Ausnahmen. Die positiven WR. en bei nichtsyphilitischen Krankheiten sind in den meisten Fällen nur vorübergehend.[18]) — Sklerosen: Beginn positiver WR. frühestens in der 6. Woche. Sekundärstadium: zeigt den höchsten Prozentsatz positiver WR. Tertiäre Syphilis: ähnlich wie Sekundärstadium, nämlich kaum 1% völlig negativ, 5% inkomplett positiv, der Rest komplett positiv.[19]) Latenzstadium: bei 12 000 Fällen nicht ganz 50% positiv (frühlatente ca. 70%, spätlatente unter 30%). Progressive Paralyse: im Serum fast ausnahmslos positiv, im Lumbalpunktat viel seltener und fast immer schwächer positive WR. Tabes: ca. 20% negative, ebensoviel inkomplette WR. Aortensyphilis: überwiegende Mehrzahl positiv. Syphilitische parenchymatöse Keratitis fast ausnahmslos positiv, desgleichen bei Iritis und Iridozyklitis im Frühstadium; Chorioiditis und Retinitis häufig negativ. Kongenital syphilitische Kinder mit sicheren, bereits einige Zeit bestehenden rezenten Krankheitserscheinungen fast ausnahmslos positiv; bei Fehlen von klinischen Erkrankungen können sie unmittelbar nach der Geburt und noch einige Zeit nachher negativ reagieren. Syphilis kongenita tarda „fast ausnahmslos positiv, wenn klinische Erscheinungen vorhanden sind." Latente kongenitale Syphilis häufiger positiv als latente erworbene.

[18]) Andererseits kann bei Syphilitischen WR. spontan ohne jegliche Behandlung vorübergehend oder, selten, selbst für lange Zeit, ja vielleicht für immer, negativ werden (Brauer, Serodiagnose der Syphilis. 1912. Halle a. S.

[19]) Nach Brauer (a. a. O.), bei tertiärer Syphilis in ca. 90% positive WR.

Mütter frisch syphilitischer Kinder in über 90% positiv. Nicht spezifisch behandelte Mütter, die vor langer Zeit luetische Kinder gebaren, 15—20% positiv.

Während hiernach die Resultate der WR. ziemlich günstige, für gewisse Erscheinungsformen der Syphilis sehr günstige sind — für Paralyse hat z. B. auch Bundschuh (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1913, Seite 367) in 100% WR. positiv gefunden —, enthält eine soeben in der Wien. klin. Wochenschrift Nr. 46, 13. Nov. 1913, erschienene Arbeit von S. Grosz und R. Volk, Privatdozenten für Dermatologie und Syphilidologie an der Wiener Universität: „Syphilistherapie und Wassermannsche Reaktion" — Vortrag auf der obengenannten Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien — einige die Bedeutung der WR. einschränkende Bemerkungen. Sie schreiben: „der Grund für diese hohe Einschätzung der Wassermannschen Reaktion (nb. für die Syphilistherapie!) liegt für sie (d. h. für die, welche die WR. für ausschlaggebend betrachten) in der bisher noch nicht bewiesenen Behauptung, daß der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion aktive Lues bedeutet." Eine gesetzmäßige Beziehung zwischen der Aktivität des luetischen Prozesses und der Seroreaktion ist keineswegs immer vorhanden. Bei Tabes dorsalis z. B. sind nur 35—40% positive WR.en. Man müsse annehmen, daß es sich bei der WR. um eine Umstimmung der Gewebe handeln könne, „nicht um eine Reaktion auf lebendes Spirochätenmaterial". Grosz und Volk werten die positive WR. als Ausdruck einer stattgehabten luetischen Infektion, ohne daß sie die WR. vorläufig als sicheres Symptom einer noch bestehenden aktiven Lues ansehen können.

Hoffentlich werden die Gelehrten über alle diese Punkte bald einig!

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **J. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 43. 24. Januar **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Die Irrenstatistik in England. Von Landesrat Dr. Horion, Düsseldorf. (S. 521.) — F. F. Friedmanns Heil- und Schutzmittel gegen Tuberkulose. Von Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben. Schluß. (S. 524.) — Mitteilungen (S. 527): Strelitz. Fürsorgestelle für Gemüts-. und Nervenkranke in Frankfurt a. M. — Referate (S. 528.) — Personalnachrichten (S. 530).

Die Irrenstatistik in England.

Von Landesrat Dr. **Horion**, Düsseldorf.

Das englische Irrenwesen hat, wenigstens soweit es sich auf die wichtigsten Teile des Landes, nämlich das eigentliche England und Wales bezieht, in verwaltungstechnischer Beziehung vor unserem deutschen Irrenwesen einen großen Vorzug. Es steht nämlich eine Zentralbehörde an der Spitze, bei der alle Fäden zusammenlaufen und die deshalb eine Übersicht über die gesamte Entwicklung ermöglicht. Diese Zentralbehörde sind die „Commissioners in Lunacy" in London. Alljährlich wird von dieser Behörde ein umfangreicher, zweibändiger Bericht über das englische Irrenwesen herausgegeben. Hier wird neben allgemeinen Ausführungen und den Revisionsberichten über die einzelnen Anstalten wertvolles statistisches Material über alle Seiten der Irrenpflege geboten: Zahl der Kranken, der Aufnahmen, der Entlassungen, der einzelnen Formen der Krankheit, der Verteilung auf die einzelnen Landesteile, der Krankheitsursachen, der Kosten usw. Diese Zahlen sind um so wertvoller, als sie zum Teil bis zum Jahre 1859 zurückgehen und somit ein interessantes Bild der Entwickelung über einen Zeitraum von mehr als 50 Jahren ergeben.

Zur Würdigung der nachfolgenden statistischen Zahlen sei vorab bemerkt, daß dieselben sich nicht erstrecken auf alle vorhandenen Geisteskranken, sondern natürlich nur auf diejenigen, die unter der Aufsicht der „Lunacy Commissioners" stehen. Das sind zunächst alle in Anstalten untergebrachten Kranken, nicht nur in Irrenanstalten, sondern auch in anderen Krankenhäusern, Arbeitshäusern, Armenhäusern usw. Aber auch alle Einzelpatienten gehören hierhin, die sich bei Angehörigen oder Fremden in entgeltlicher Pflege befinden oder die auch nur den Lunacy Commissioners wegen ungeeigneter Pflege und Behandlung zur Anzeige gebracht werden. Ebenso sind, wo nichts anderes bemerkt ist, unter den Geisteskranken auch die Idioten mit inbegriffen. Dagegen werden in England von diesen eigentlichen Geisteskranken („insane") unterschieden die „mentally deficient", die geistig Minderwertigen, die nicht unter der Aufsicht der Lunacy Commissioners stehen. Diese (nach dem Bericht der obersten Armenbehörde, des „Local Government Board", am 1. Januar 1913: 31 824) sind daher in den folgenden Zahlen nicht enthalten.

Am 1. Januar 1913 waren in England und Wales bei 36 919 393 Einwohnern 138 377 Geisteskranke vorhanden. Die absolute und relative Zunahme der Kranken und der Aufnahmen seit 1859 zeigt umstehende interessante Tabelle.

Diese Ziffern geben dasselbe Bild, das auch wohl in allen anderen Ländern beobachtet wird, nämlich eine steigende absolute und vor allem auch relative Zunahme der Geisteskranken. Nach obigen Zahlen sind in England die Geisteskranken von 1859—1913 um 276,4% gestiegen, dagegen die Bevölkerung nur um 87,5%. Allerdings darf nicht außer acht gelassen werden, daß die Zahlen nicht unbedingt beweisend sind für eine Zunahme der Geisteskranken an sich, sondern zunächst nur für eine Zunahme der unter der Aufsicht der Lunacy Commissioners stehenden Geisteskranken, und das sind im wesentlichen nur die in Anstalten untergebrachten Kranken. Ein großer Teil der Steigerung ist daher zweifellos zurückzuführen auf die zunehmende Neigung, Geisteskranke in Anstalten unterzubringen, anstatt sie im freien

Jahr	Gesamtzahl	Auf 10000 Einwohner	Zahl der Erstaufnahme auf 10000 Einwohner
1859	36 762	18,67	—
1869	53 177	23,93	—
1879	69 885	27,54	—
1889	84 340	29,65	—
1899	105 086	32,96	9,89
1904	117 199	34,84	10,81
1905	119 829	35,25	10,48
1906	121 979	35,52	10,38
1907	123 988	35,73	10,45
1908	126 084	35,96	10,47
1909	128 787	36,36	10,09.
1910	130 553	36,48	10,04
1911	133 157	36,82	10,07
1912	135 661	37,13	10,26
1913	138 377	37,48	—

Leben zu belassen. Hier ist von Interesse eine Tabelle, die zeigt, welcher Prozentsatz der Gesamtzahl der unter der Aufsicht der Lunacy Commissioners stehenden Kranken a) in Spezialanstalten für Geisteskranke, b) in Armenhäusern, c) in Privatpflege untergebracht waren. Danach fallen unter

im Jahre	a	b	c
1859	56,18	25,36	18,46
1869	61,12	23,93	14,95
1879	63,92	25,97	10,11
1889	69,01	23,15	7,84
1899	75,52	18,25	6,23
1904	78,17	16,66	5,17
1906	79,00	15,95	5,05
1908	79,48	15,71	4,81
1910	79,89	15,37	4,74
1912	80,14	15,53	4,33
1913	80,39	15,36	4,25

Also eine ständige Zunahme der Neigung zur Anstaltsunterbringung von Geisteskranken, und zwar speziell zur Unterbringung in Spezialanstalten. Ein weiteres Moment, das wohl für die Zunahme der in den Anstalten befindlichen Kranken mit verantwortlich zu machen ist, und das keine Zunahme der Geisteskranken überhaupt in sich schließt, liegt wohl darin, daß infolge der immer günstiger gestalteten hygienischen Einrichtungen der Anstalten und der besseren Verpflegung und Behandlung die Kranken in den Anstalten immer älter werden. Für die Wirkung dieses Moments scheint aus der vorstehenden Tabelle besonders zu sprechen, daß seit dem Jahre 1899 die Zahl der Aufnahmen relativ nicht wesentlich zugenommen hat, daß dagegen die Zahl der Gesamtinsassen sich wesentlich vergrößert hat, was wohl nur dadurch zu erklären ist, daß der Einzelne länger in der Anstalt bleibt, also bei unheilbaren Fällen ein höheres Alter erreicht.

Was aber an obigen Zahlen noch besonders auffallen muß, ist der Umstand, daß sie wesentlich höher sind als in anderen Ländern. In der Rheinprovinz hatten wir beispielsweise am 1. April 1913 bei 7 424 214 Einwohnern 15 193 Geisteskranke, Idiote und Epileptiker in der Fürsorge der Provinzialverwaltung, und noch etwa 2000, die nicht von der Provinzialverwaltung in rheinischen Privatanstalten untergebracht sind. Wenn man davon absieht, daß sich unter den letzteren gewiß sehr viele Nichtrheinländer befinden, so ergeben sich 17 193 Kranke für die Rheinprovinz, das sind auf 10 000 Einwohner 22,11 Kranke gegen 37,48 in England. Dabei verschlägt es nichts, daß unter der englischen Gesamtziffer von 138 377 Kranken 6011 sich in Privatpflege befinden, deren entsprechende Zahl in den rheinischen Zahlen nicht enthalten ist, denn dafür werden sich unter den „mentally deficient" in England zahlreiche befinden, die in der Rheinprovinz unter Geisteskranken und Idioten mitgezählt sind; ferner sind in den rheinischen Ziffern auch geistesgesunde Epileptiker enthalten, die in den englischen Zahlen fehlen. Wie nun die außerordentlich hohe Ziffer in England zu erklären ist, ob wir uns vielleicht in Deutschland allmählich auch dieser Ziffer nähern werden, ist schwer zu sagen. Vielleicht bietet eine teilweise Erklärung die in dem englischen Bericht gegebene ausführliche Statistik über die Ursachen der Geisteskrankheiten, und zwar speziell über die Fälle, in denen der Alkoholmißbrauch als Ursache in Frage kommt. Diese Statistik bezieht sich auf die Aufnahmen der letzten 5 Jahre und zeigt dabei, daß in diesem Zeitraum bei den zahlenden Patienten bei 15,1% Männer und 7,1% Frauen, und bei den armen Patienten bei 22,4% Männer und 8,9% Frauen, oder im Durchschnitt für zahlende und nichtzahlende Patienten bei 26,3% Männer und 10,4% Frauen, oder für beide Geschlechter bei 18,3%, Alkoholmißbrauch der Aufnahme vorangegangen ist. Eine weitere Statistik zeigt, daß bei 11% der männlichen und 4% der weiblichen Aufnahmen festgestellt ist, daß Alkoholmißbrauch als einzige Ursache der Geisteskrankheit in Frage kommt. Dazu kommen noch 6% der Männer sowohl wie der Frauen, bei denen „alcoholic heredity", d. i. erbliche Belastung durch Alkoholmißbrauch, als Grund der Geisteskrankheit angegeben ist; das sind Ziffern, die über die in Deutschland beobachteten weit hinausgehen. Beispielsweise war im Jahre 1912 in der

Rheinprovinz bei den 4474 Aufgenommenen dem Ausbruch der Geisteskrankheit ein Mißbrauch geistiger Getränke vorausgegangen nur bei 447, nämlich bei 397 Männern und 50 Frauen, d. i. bei 9,9% der Fälle. Der Durchschnitt der letzten 5 Jahre zeigt in der Rheinprovinz einen Prozentsatz von 11,52 gegen 18,3 in England. Danach wäre also vielleicht die in England unter den unteren Bevölkerungsklassen bekanntlich in höherem Maße als zur Zeit in Deutschland verbreitete Trunksucht wenigstens für einen Teil der außerordentlich hohen Geisteskrankenziffer verantwortlich zu machen.

Unter der Gesamtzahl der Kranken wiegt das weibliche Geschlecht über, neben 64263 Männern waren 74114 Frauen untergebracht. Auch hier zeigt die Beobachtung in der Rheinprovinz ein abweichendes Bild mit 8046 männlichen und 7147 weiblichen Kranken. Der Grund für das Überwiegen des männlichen Geschlechts wird in der Rheinprovinz darin gefunden, daß Alkoholmißbrauch, Syphilis und Konflikt mit dem Strafgesetzbuch drei wesentliche Gründe sind, die jemand in die Irrenanstalt bringen, daß diese Momente aber eine größere Rolle bei den Männern als bei den Frauen spielen. Vielleicht ist das umgekehrte Bild in England auch dadurch zu erklären, daß der Alkoholmißbrauch bei Frauen dort weiter verbreitet ist als in Deutschland.

Aus den übrigen statistischen Tabellen ist noch von Interesse das Verhältnis der Zahl der Heilungen zu der Zahl der Aufnahmen und zu der Gesamtzahl der behandelten Kranken. Hier zeigt sich folgendes Bild (s. nebenstehend).

Jahr	Heilungen auf 100 Aufnahmen	Heilungen auf 100 behandelte Kranke
Durchschnitt 1869 bis 1878	38,84	8,67
Durchschnitt 1879 bis 1888	39,91	8,14
Durchschnitt 1889 bis 1898	38,81	7,82
Durchschnitt 1899 bis 1908	37,22	6,92
1903	37,35	7,08
1904	36,67	6,87
1905	37,79	6,79
1906	37,32	6,68
1907	36,69	6,44
1908	35,38	6,24
1909	35,98	6,10
1910	34,31	5,82
1911	33,44	5,49
1912	32,74	5,45

Auch diese Zahlen sind weit höher, als sie im allgemeinen in Deutschland angegeben werden. Merkwürdigerweise zeigen sie aber eine abnehmende Tendenz, besonders im Verhältnis der Heilungen zu der Gesamtzahl der behandelten Kranken, was wohl wieder auf die allmählich länger werdende Lebensdauer der unheilbaren Kranken in den Anstalten zurückzuführen ist.

Von der Gesamtzahl von 138377 Kranken waren 109575 in öffentlichen Irrenanstalten untergebracht. Dabei zeigt sich besonders in der Entwicklung der letzten Jahre eine Vorliebe für große Anstalten. 41 Anstalten hatten nämlich über 1000 Betten und 13 Anstalten 2000 bis 2700 Betten. Eine Familienpflege der Geisteskranken in dem in Deutschland gebräuchlichen Sinne, d. h. durch Unterbringung von Geisteskranken seitens obrigkeitlicher Organe gegen Bezahlung in fremde Familien, ist in dem eigentlichen England und Wales (im Gegensatz zu Schottland) unbekannt.

Alles in allem bietet der Bericht der englischen „Lunacy Commissioners" ein interessantes Bild über die hochentwickelte Irrenfürsorge eines großen Landes und somit eine anregende Lektüre für jeden, der sich mit der medizinischen oder administrativen Seite der Irrenfürsorge beschäftigt. Man möchte nur wünschen, daß ein ähnlicher Bericht auch für Deutschland oder wenigstens für Preußen möglich wäre. Ein solcher Bericht ist ist aber natürlich nicht durch Zusammenstellung der Verwaltungsberichte der einzelnen Anstalten zu erhalten, sondern nur durch selbständige Bearbeitung von Fachleuten, die aus persönlicher Anschauung alle Anstalten und sonstige in Betracht kommende Verhältnisse kennen. Daß England in den „Commissioners in Lunacy" über eine solche Behörde verfügt, macht den Inhalt des von dieser Stelle herausgegebenen Berichtes besonders lesenswert.

F. F. Friedmann's Heil- und Schutzmittel gegen Tuberkulose.

Von Dr. **Johannes Bresler,** Oberarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Lüben i. Schles.

(Schluß.)

Konrad Küster hat die Versuche Friedmann's seit zwei Jahren verfolgt; er ist von den Erfolgen in der Karfunkel'schen Klinik vollständig überrascht gewesen. Er hat während nahezu 50 Jahren die Schwierigkeiten der Behandlung bei Knochentuberkulose, chronischen Katarrhen der skrophulösen Kinder, bei Lupus und vielen anderen Leiden erlebt und man könne sein freudiges Erstaunen begreifen, als er diese wunderbaren Heilungen sah. Er weist darauf hin, daß die Friedmann'sche Schutzimpfung gegen die Tuberkulose vor der Pockenimpfung, wie sie früher (nämlich von Arm zu Arm) gehandhabt wurde, den Vorzug hat; denn letztere rief unter Umständen ziemlich heftige Entzündungen und Erkrankungen hervor. Man wird vielleicht wie bei der Pockenimpfung die Tuberkuloseschutzimpfung nach zwölf Jahren oder schon früher wiederholen müssen.

Heymann erklärt, daß er während mehr als 35 Jahren die verschiedensten Methoden gegen Tuberkulose mit angesehen und selbst miterprobt, und darum sich zunächst nur mit einigem Zögern der Prüfung des Friedmannschen Mittels unterzogen habe. Er ist von den Erfolgen, die Friedmann an den Patienten Karfunkels erzielt hat, in hohem Grade überrascht und befriedigt. Er selbst hat 17 seiner Patienten mit dem Präparat behandeln lassen, die, vielleicht mit einer einzigen Ausnahme, zu den schwersten Fällen gehörten; es handelte sich fast in allen nicht um einfache Tuberkulose allein, sondern um Mischinfektionen mit Streptokokken, Staphylokokken usw. Ein Teil der Fälle entzog sich aus zum Teil unbekannten Gründen bald der Beobachtung, es fand daher nur ungenügende Behandlung statt und ist ein Urteil über den Erfolg nicht möglich. Zwei Fälle starben trotz der Behandlung. Selbst in diesen schwersten Fällen berichteten die Kranken nach kurzer Zeit von subjektivem Wohlbefinden und verlangten teilweise dringend nach Fortsetzung der Kur. Das Besserungsgefühl war allgemeiner und stärker als das sonst bei Phthisikern bei einem Wechsel der Behandlungsmethode vorkommende. Nur einmal hat Heymann einen Abszeß beobachtet. Drei Fälle von Lupus — Gaumen, Rachen, Kehlkopf, äußeres Gesicht und Hals — allerschwerster Art, zeigten ungewöhnliche wesentliche Besserung; in dem einen war in Anbetracht der fast völligen Destruktion von Gaumen, Rachen und Kehlkopf eine therapeutische Beeinflussung unwahrscheinlich geschienen. Bezüglich der Kehlkopffälle bemerkt Heymann, daß aus der Beobachtung weniger Patienten noch keine bestimmten Schlüsse gezogen werden können, da gelegentlich selbst schwere Fälle ohne jede Behandlung heilen; trotzdem seien die Resultate der Behandlung mit dem Friedmannschen Mittel höchst bemerkenswert und die spezifische Wirkung deutlich erkennbar. In allen Fällen trat ziemlich bald subjektives Wohlbefinden, in den meisten auch lokal merkliche Besserung ein; letztere hielt manchmal an, manchmal schritt auch wieder das Leiden fort. Ein bis zur Behandlung monatelang arbeitsunfähiger Patient hat nach derselben schon seit über einem Jahr die Tätigkeit wieder ausgeübt; die Nachuntersuchung ergab nur noch eine kleine Ulzeration an dem einen Stimmband; das Befinden ist vorzüglich, die Gewichtszunahme nicht unerheblich. Bei einem zweiten noch etwas heiseren Patienten hat sich das in eine Granulationsgeschwulst verwandelte rechte Stimm- und Taschenband, obwohl noch nicht ganz normal, erheblich verkleinert, das Geschwür scheint narbig geschlossen. Der Patient ist wieder arbeitsfähig, hat keine Nachtschweiße, keinen Husten mehr; der Lungenbefund war günstiger als im Anfang der Beobachtung. Zwei der behandelten Fälle sind als geheilt zu bezeichnen; während der eine Fall von Heymann trotz positiver Pirquetreaktion, leichter Dämpfung der rechten Lungenspitze und Verdickung und leichter Ulzeration des rechten Stimmbandes bezüglich der Diagnose: Tuberkulose nicht als ganz beweiskräftig angesehen wird, ist dies der andere unzweifelhaft, der vielfach in Lungenheilanstalten und sonst ohne Erfolg behandelt worden ist und bei dem von verschiedenen Seiten Tuberkelbazillen nachgewiesen waren. Nach der Behandlung zeigte der Kehlkopf, der vorher tuberkulose Geschwüre hatte, normalen Befund; auch die Lungen waren völlig geheilt.

Blaschko konnte nicht über so verblüffende Erfolge berichten wie die Vorredner. Seine Beobachtungen erstreckten sich auf die Wirkung des Mittels bei Hauttuberkulose; die Überempfindlichkeit der Haut sei nach Friedmann die Ursache davon; infolgedessen bewirkten die eingespritzten Tuberkelbazillen einen starken Reiz und Abszedierung. Bei fast allen Patienten Blaschkos trat letztere ein und die Beeinflussung blieb aus oder nach nur vorübergehender Besserung stand die

Heilung still. Die tatsächliche Möglichkeit der Beeinflussung bewies der schon oben von Friedmann erwähnte Fall von Lupus in der Achselhöhle, bei dem allerdings ein entfernt am Ohre gelegener Herd nicht beeinflußt wurde, sondern direkt mit Injektion behandelt werden mußte; ferner bei einer 7 Jahre bestehenden kutanen und subkutanen Tuberkulose der Hand, ausgegangen von der Infektion eines Fingers, der amputiert werden mußte; in geradezu überraschender Weise schlossen sich sechs von den sieben Fisteln in kurzer Zeit. Blaschko hofft, daß es durch die Simultanmethode gelingen wird, Lupusherde zu heilen.

J. Citron glaubt, daß der Weg, mit abgetöteten Bazillen zu heilen und zu immunisieren, ein verfehlter war, Friedmanns Weg dagegen im Prinzip der richtige; denn auf diesem Wege seien auch Jenner und Pasteur zu Erfolgen gelangt.

Aus den Diskussionsbemerkungen F. Klemperers sei mitgeteilt dessen Angabe, daß, als er vor etwa 9 bis 10 Jahren Heilversuche mit lebenden Rindertuberkelbazillen bei tuberkulösen Menschen gemacht hatte — Versuche, die aber wegen Erregung zu starker Entzündung aufgegeben werden mußten — Robert Koch erklärte, das sei ein richtiger Weg, auf dem fortgefahren werden solle, es komme darauf an, einen für den Menschen nicht virulenten Tuberkelbazillus zu finden, den man dem Menschen lebend injizieren kann, und der bei ihm am Leben bleibe, ohne Eiterung zu verursachen. — Auch die von ihm und Friedmann 1906 oder 1907 mit dem von letzteren gezüchteten Schildkrötentuberkelbazillus gemachten Versuche wurden wegen der auftretenden Eiterungen eingestellt.

Friedmann (Berl. klin. Wochenschr. 1912 S. 2329) hob nochmals hervor, daß es nicht ursprünglich virulente und nur künstlich avirulent gemachte Tuberkelbazillen vom Menschen seien, die er verwende; er habe zwar auch solche durchgeprüft, sei aber ganz davon abgekommen. Es handle sich vielmehr um einen von ihm nach vielen Versuchen aufgefundenen Bazillenstamm von Schildkrötentuberkulose, der einen hohen Grad von natürlicher Avirulenz besaß und schon in diesem natürlichen Zustand für Meerschweinchen absolut unschädlich war und kaum noch Knötchen machte. Nachdem dieser Stamm im Laufe der Zeit auch die letzten Spuren giftbildender und knötchenbildender Fähigkeit verloren hatte, habe er diesen Stamm beim Menschen in größerem Umfange angewandt. Die Gefahr, daß diese Bazillen im menschlichen Körper wieder virulent werden, bestehe also nicht. Friedmann widerlegt auch die Vermutung Piorkowskis, daß die Tuberkulose der Schildkröte, welcher die Bazillen des Friedmannschen Präparates entstammen, nicht spontan entstanden, sondern durch Aufnahme von menschlichem tuberkelbazillenhaltigem Sputum akquiriert sei, und daß es sich um Abschwächung der menschlichen Tuberkulose durch die Kaltblüterpassage handle. Die Frage, von wie langer Dauer die durch sein Mittel erzeugte Immunität sein werde, ob und nach welchem Zeitraum sie wiederholt werden müsse, könne man heute noch nicht beantworten. Die Schutzimpfungen sollen erst in großem Maßstabe fortgesetzt werden, wenn die Wirksamkeit der bisher ausgeführten in jahrelanger Beobachtung erwiesen sein wird.

Am 25. Oktober 1913 hielten nun Prof. Dr. C. L. Schleich, Prof. Dr. E. Müller, Dr. H. Thalheim, Dr. Immelmann, Geheimrat Prof. Dr. F. Kraus und Dr. F. F. Friedmann im Hörsaal der II. medizinischen Klinik der Königl. Charité zu Berlin Vorträge „Über das Dr. Friedrich Franz Friedmannsche Heil- und Schutzmittel zur Behandlung der Tuberkulose und Skrofulose" (Berliner klin. Wochenschrift 1913 S. 2073).

Das Mittel „enthält besonders gezüchtete Mikroorganismen, die alle Eigenschaften des echten Tuberkelbazillus besitzen, aber atoxisch und avirulent, in ihrer Wachstumsenergie unbeschränkt und zugleich mit den Antigenen stark angereichert sind". Es sind, wie schon oben angegeben, Schildkrötentuberkelbazillen. Die Einverleibung des Mittels geschieht mittels der sogenannten Meyerschen Spritze. Das an der Einspritzungsstelle entstehende Infiltrat bildet gleichsam ein Depot von Heilstoffen, aus welchem die Antigene langsam in den Blutkreislauf gelangen.

Prof. Schleich-Berlin stellte 14 mit dem Friedmannschen Mittel erfolgreich behandelte Fälle vor. Besonders erwähnt seien davon hier folgende: Ein Kind, bei dem wegen Gefahr des Durchbruchs eines Kehlkopfgeschwürs die Tracheotomie gemacht worden war und das noch die Kanüle trug, außerdem zwei Spinae ventosae an der rechten Hand hatte, ist nach der Behandlung mit Friedmanns Mittel frisch und gesund; die Kanüle wurde entfernt, das Kind begann zu sprechen, die tuberkulösen Finger sind zur Norm verkleinert; die zuvor lymphatische, äußerst schlechte Konstitution ist überaus schön umgestimmt. Nach Schleich ist diese Umbildung des Habitus lymphaticus überhaupt ein Charakteristikum der Wirkung der Friedmannschen Bazillen. — Bei einem 34 jährigen, seit 12 Jahren an linksseitiger Schultergelenktuberku-

lose leidenden Engländer, bei dem in London der Schulterkopf vor 5 Jahren reseziert wurde und seitdem unter völliger Atrophie der Schultermuskeln auf der Vorderseite in der Mitte des 12 cm langen Resektionsschnittes eine stark sezernierende Fistel, heftige Schmerzen und fast vollkommene Bewegungslosigkeit bestanden, trat auf zwei intramuskuläre und eine intrafistuläre Injektion nach mehreren Monaten „volle und sogar funktionell sehr vollständige Heilung" ein. Prof. Schleich demonstrierte das vor der Behandlung und das nach der Behandlung aufgenommene Röntgenbild; dort: die diffusen Schatten um die Gelenkpfannen, die verschwommenen Ränder am Resektionsschnitt des Knochens, die Trübung des Markes, den frei hängenden Knochensequester — hier: der in Richtung und Struktur des Oberarmknochens sehr schön und vollständig angewachsene Knochenzapfen, das Fehlen der diffusen Schatten, die scharfe Umgrenzung der Resektionslinie. die ungefleckte, gleichmäßige Struktur des Marks. Die englischen Ärzte, welche diesen Patienten jahrelang vergeblich behandelt hatten, haben diese Heilung rückhaltslos anerkannt. Ein junger Russe, bei welchem eine tuberkulöse Knochenerkrankung des Knies diagnostiziert worden war, konnte einige Wochen nach einer Simultaninjektion das nicht mehr schmerzhafte Knie frei bewegen und ohne Stock herumgehen. Das Röntgenbild zeigte, daß es sich nicht um Knochen-, sondern um Weichteiltuberkulose des Kniegelenks gehandelt hatte. Das Friedmannsche Mittel war hier auch differentialdiagnostisch von Bedeutung gewesen. Eine 20 jährige, vom ersten Lebensjahre mit Tuberkulose des rechten vierten und fünften Mittelhandknochens behaftete Patientin, die schon im ersten Jahr den Kopf des vierten Mittelhandknochens und die Knochen des vierten Fingers durch Amputation verloren hatte, bei der seitdem dauernd eine Fistel sezernierte und die Umgebung der Fistel infiltrativ gerötet war, und Februar 1911 auch der fünfte Finger wegen Tuberkulose amputiert wurde, bewirkten mehrere vom Mai bis August 1911 ausgeführte Einspritzungen glatte Heilung der Fisteln unter Bildung einer festen schmerzlosen Narbe. Im Röntgenbild zeigten sich beide Knochen an der Operationsgrenze scharf konturiert, die Stümpfe der Mittelhandknochen also geheilt. Eine Patientin mit florider Lungenphthise, schwerer, fast ankylosierter Koxitis mit Fistelbildung, so daß Gehen selbst an zwei Krücken nur unter größter Qual möglich war, und mit mehreren eiternden tuberkulösen Drüsenabzessen am Hals, bei der eine eingehende Operation geplant war, wurde vor vier Jahren mit Friedmann's Mittel erfolgreich behandelt. Die damals sehr elende Patientin erfreut sich jetzt völligen Wohlbefindens; sie geht ohne Stock, alle Fisteln sind geheilt und die Lungenerscheinungen geschwunden. Der Fall beweist nach Schleich auch die dauernde Unschädlichkeit des Mittels. Bei einer Dame aus Schweden wurde die Einspritzung nur gemacht, um ihr nicht alle Hoffnung zu rauben, denn das Röntgenbild zeigte die rechte Lunge gänzlich zerstört und mit einer dicken Pleuraschwarte bedeckt, an der linken Lunge fächerförmige, ausgedehnte, diffuse Erkrankungszüge. Diese jetzt wohl aussehende Dame wurde von Schleich vorgestellt: „sie hat ihre sehr quälenden Symptome gänzlich verloren und befindet sich so frisch wie nie zuvor. Sie ist tatsächlich ganz erheblich gebessert". — In den meisten Fällen konnten durch das Friedmannsche Mittel bei chirurgischer Tuberkulose schwere, eingreifende und verstümmelnde Operationen vermieden werden.

Prof. Dr. Erich Müller-Berlin stellte 18 Fälle von Lungen-, Knochen- und Drüsentuberkulose vor, erklärte aber, ebensogut viele Dutzende von Fällen vorführen zu können; von dem günstigen Urteil, das er im November 1912 vor der Berliner medizinischen Gesellschaft über Friedmanns Tuberkuloseheilmittel gefällt habe, brauche er jetzt absolut nichts zurückzunehmen; es habe voll und ganz gehalten, was er im Jahre 1912 prophezeit habe. Müller teilte die Krankengeschichte dieser 18 Fälle mit, insbesondere den Lungenbefund vor und nach der Behandlung. Eine sei hier auszugsweise wiedergegeben: 29 Jahre alter Patient; 1910 Erkältung, Husten, Heiserkeit; Mai 1911 Bazillennachweis. Juli 1912 fünftägige Blutung. Seitdem 24 Pfund Gewichtsabnahme. Husten, Auswurf, Atemnot. Lungenbefund am 5. März 1913: Rechts oben, auf der Höhe des Inspiriums, großblasiges Rasseln, Bronchialatmen und Giemen; bis zur dritten Rippe deutliches Rasseln, pfeifendes Giemen; während des Exspiriums Knacken. Links oben lautes großblasiges in- und exspiratorisches Rasseln. Bronchiale Geräusche bis in die tiefen Teile; links oben Ronchi. Pat. erhielt vier Injektionen (5. März, 12. April, 17. Mai, 12. Aug.). Befund am 12. Aug.: Rechte Lunge normal, links vorn noch vereinzeltes, trockenes Knacken. 23. Oktober 1913: Dauerndes Wohlbefinden; das Röntgenbild vor und nach der Behandlung bestätigt deutlich die erhebliche Besserung. Kein Fieber; keine Bazillen im Auswurf nachweisbar.

Dr. Thalheim-Berlin stellte von den durch ihn mit dem Friedmannschen Mittel behandel-

ten Fällen 16 vor unter Mitteilung des Krankheitsverlaufs. Bei allen Patienten wurden Röntgenaufnahmen des Lungenbefundes gemacht. Er erklärt, daß er nach langer Beobachtung eines großen Krankenmaterials in der Lage sei, betreffs der subjektiven und objektiven Besserung Leitsätze aufzustellen: „unter allen Umständen“ erreiche er mit dem Friedmannschen Mittel Aufhören der bazillären Toxinwirkung und der spezifischen Symptome, wie Mattigkeit, Kopfschmerz, Dyspepsie, Brustschmerzen, Rücken-, Kreuzschmerzen, Seitenstiche, Fieber, Schweiße, vor allem Nachtschweiße und Abmagerung, Husten, Atemnot, Hämoptoe; ferner erreiche er eine baldige Besserung des objektiven Lungenbefundes, Nachlassen der Rasselgeräusche (bronchitische und peribronchitische Symptome können nicht aufhören; alle zur Heilung gehörigen narbigen Prozesse lassen auch im günstigsten Falle auskultative und perkussorische Symptome bestehen) und eine vollständige Umstimmung der Konstitution im Sinne einer Immunisierung.

Dr. Immelmann-Berlin erörterte die Bedeutung der Diagnose mittels Röntgenstrahlen bei Tuberkulose und demonstrierte eine große Zahl von Röntgenplatten von Patienten, die nach Friedmann behandelt wurden bezw. werden. Er erklärte sich für berechtigt zu behaupten, daß die vorgeführten und durch Röntgenaufnahme kontrollierten Fälle Zeichen fortschreitender Besserung aufweisen, da sich die für eine Besserung resp. Heilung sprechenden röntgenologischen Momente auf den Platten finden; in den Fällen, in denen der klinische Befund für Heilung spreche, dürfe man denselben röntgenologisch ebenfalls annehmen.

Geheimrat Prof. Dr. F. Kraus-Berlin (Charité) erklärt, die in der Charité behandelten Fälle können zu Schlüssen noch nicht mit herangezogen werden, wenn auch von den Patienten übereinstimmend angegeben werde und die Untersuchung auch zeige, daß insbesondere ein rasches Nachlassen der toxischen Symptome zu beobachten sei. Von Schädlichkeiten des Mittels habe man bisher nichts gesehen oder gehört. „Nehmen wir an“, sagte Kraus, „daß die Herren das Beste vorführten, was sie haben, so bleibt nach meinem Ermessen doch für jeden Unbefangenen unleugbar, daß hier Überraschendes vorliegt. Ich habe den Mut, das auszusprechen, und ich glaube, es wird wohl dabei bleiben müssen . . . . .“ Von den vorgestellten Fällen kenne er bei einem genau den Lungenbefund vor und nach der Behandlung mit dem Friedmannschen Mittel. Der Kranke litt an einer sehr vorgeschrittenen Lungenphthise, war zuletzt dauernd bettlägerig und verzweifelt, und Kraus war gegen die Vornahme der Friedmannschen Behandlung, weil sie aussichtslos schien; die Besserung sei gegenwärtig eine wirklich überraschende; die Röntgenplatte zeige begreiflicherweise dasselbe Bild, aber es gehe dem Patienten subjektiv und objektiv besser. Man könne zwar mit solchen exzeptionellen Fällen nicht rechnen, aber sie zwingen zu weiteren Versuchen. Theoretisch könne gerade dieses — für den Patienten unvergleichlich einfache — Mittel ja selbst einem Menschen, der noch Bazillen spuckt, in vieler Hinsicht nützen. Kraus glaubt, daß diese Demonstration dazu beigetragen habe, die Ärzteschaft dazu zu veranlassen, das Friedmannsche Mittel mit unbefangener Ruhe nachzuprüfen.

Dr. F. F. Friedmann-Berlin erklärte, daß das Mittel sich nunmehr an weit über 5000 Menschen als ein echtes spezifisches und gänzlich unschädliches Heilmittel erwiesen habe. Er gebe es nunmehr den deutschen Ärzten frei, mache aber darauf aufmerksam, daß die Anwendung des Mittels, dessen Herstellung und Vertrieb die Firma Dr. Max Haase & Co., Berlin-Weißensee übernommen habe, nur strengstens und peinlichst nach der von ihm auf Grund langjähriger Erfahrungen ausgearbeiteten Indikationstabelle, die dem Mittel gedruckt beigefügt werde, verwendet werden dürfe.

Am Schluß stellte Friedmann noch einige Kinder vor, bei denen er vor mehr als 2 Jahren mit seinem Mittel die Schutzimpfung gegen Tuberkulose ausgeführt hatte.

Mitteilungen.

— **Strelitz.** Die Landesirrenanstalt wird fortan die Bezeichnung „Mecklenburg-Strelitz che Landes-Heil- und Pflegeanstalt bei Strelitz“ führen.

— **Fürsorgestelle für Gemüts- und Nervenkranke in Frankfurt am Main.** Neben den schon seit Jahrzehnten in den einzelnen Landesteilen bestehenden Hilfsvereinen für Geisteskranke, die hauptsächlich Entlassenenfürsorge betreiben, haben sich neuerdings in Großstädten, Berlin, Essen, Düsseldorf usw. eigene Fürsorgestellen gebildet. Vor kurzem ist eine solche Fürsorgestelle auch in Frankfurt a. M. eingerichtet worden, welche ihre Geschäftsstelle im Anwesen Stiftstraße 30 (Zentrale für private Fürsorge) hat. Ihre Hauptaufgabe besteht darin, Personen, die aus Irrenheil- und Pflegeanstalten

entlassen werden, den Übergang ins freie Leben zu erleichtern und ihnen vor allen Dingen zur Erlangung einer Arbeitsstelle und eines angemessenen Unterkommens behilflich zu sein. Auch ist daran gedacht, Schutzaufsichten über Geisteskranke zu übernehmen, die probeweise entlassen werden. Daneben wird sich die Fürsorgestelle damit befassen, den Angehörigen von Geisteskranken beratend und helfend zur Seite zu stehen und vor allen Dingen den Familienschutz in den Familien geisteskranker Personen zu betreiben. Die täglichen Sprechstunden finden in der Geschäftsstelle Montags und Donnerstags von 9 bis 11 Uhr, Mittwochs und Samstags von 3 bis 5 Uhr statt. Eilfälle können auch außerhalb dieser Zeit dort (Fernsprecher Hansa 3193) gemeldet werden. Die ärztliche Beratung findet in besonderen Sprechstunden statt, die Mittwochs und Samstags von 9 bis 11 Uhr bei der Irrenanstalt, Feldstraße 78, abgehalten werden. Dem geschäftsführenden Ausschuß gehören an Kreisarzt Dr. Fromm, Stadtverordneter Graef, Dr. Polligkeit, Prof. Dr. Sioli und Rechtsanwalt Dr. Leo Weiß.

Referate.

— Handbuch der Psychiatrie von Prof. Dr. H. Aschaffenburg. III. Abt. 1. Hälfte: 1. Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen, von Prof. Dr. K. Bonhoeffer. 2. Intoxikationspsychosen, von Prof. Dr. P. Schröder. Leipzig und Wien 1912, Dentiche. 12 M.

Die Darstellungen Bonhoeffers geben eine vollständige Übersicht über den derzeitigen Stand der Lehre von den genannten Psychosen. Vf. verwirft wohl mit Recht den Unterschied zwischen Infektions- und Erschöpfungspsychosen; er hebt den Gegensatz zwischen der Mannigfaltigkeit der Grunderkrankungen und der großen Gleichförmigkeit der psychischen Krankheitsbilder hervor, der sich durch das gemeinsame, ätiologische Zwischenglied einer Störung des Organstoffwechsels erklärt. Als solche Reaktionstypen auf exogene Schädigungen kommen vor allem Delirien, epileptische Erregungen, Dämmerzustände, Halluzinosen und Amentiabilder (halluzinatorisch, katatonisch und inkohärent) mit bestimmten Verlaufstypus zur Beobachtung.

Schröder beschreibt in seinen Intoxikationspsychosen die Störungen bei Blei, Ergotin, Pellagra. Jodoform, Salizylsäure, Schwefelkohlenstoff, Opium, Haschisch, Kokain, Äther, Chloroform, Chloralhydrat, Paraldehyd, Hyoszin und Tabak. Eine etwas ausführlichere Besprechung wird dem Morphinismus zuteil, den größten Teil seiner Ausführungen beanspruchen natürlich die alkoholischen Geistesstörungen. Vf. betont auch hier überall die „ätiologischen Zwischenglieder Bonhoeffers" (Organveränderungen, Stoffwechselanomalien) für das Zustandekommen einer Psychose, sowie die Bedeutung endogener Faktoren. Als akute Formen bespricht er das Delirium tremens, die akute Halluzinose der Trinker, die Korsakowsche Psychose, die pathologischen Räusche (transitorische Alkoholpsychosen) und Dipsomanie. Von chronischen Alkoholpsychosen führt Vf. als auf sicherer Grundlage beruhend nur den Defektzustand nach Korsakowscher Psychose und die Alkoholparalyse an, während er der chronischen Alkoholparanoia gegenüber sich im allgemeinen ablehnend verhält und die beschriebenen Fälle meist als ätiologisch unsicher ansieht. — Man kann den Anschauungen des Vf.s im ganzen nur zustimmen.

Albrecht-Treptow.

— Bischoff, Privatdozent Dr. E. in Wien: Lehrbuch der Gerichtlichen Psychiatrie für Mediziner und Juristen. Wien 1912. Urban & Schwarzenberg, 276 Seiten. 8 M.

Im allgemeinen Teil schildert Verf. die Beziehungen der Psychiatrie zur Gesetzgebung, u. zw. sowohl der österreichischen, als auch der deutschen, und er bespricht dann die Psychopathologie im allgemeinen (Prädisposition, Ursachen zu Geisteskrankheit, Störungen des Bewußtseins, der Vorstellungstätigkeit usw.). Daran schließt sich der spezielle Teil, der die verschiedenen Formen der Geistesstörung beleuchtet. Da das Buch in erster Linie für den Laien geschrieben ist, sowohl für den Juristen, als auch für den nicht spezialistisch ausgebildeten Arzt, so ist die Darstellung mit Recht eine einfache und klare. Wenngleich auch das vorliegende Buch vor unseren deutschen keine Vorzüge aufweist, und wenn man vielleicht auch nicht in allen Punkten mit Verf. übereinstimmt, so ist doch die Lektüre nicht uninteressant, besonders durch die mannigfachen Beispiele, die geschickt an den einzelnen Stellen eingefügt sind und dadurch das Ganze beleben. Kürbitz-Sonnenstein.

— 12. Jahresbericht des Hilfsvereins für Geisteskranke in der Rheinprovinz (Jahrgang 1912). Gedruckt in der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Düsseldorf-Grafenberg.

Die Erfahrung, daß es namentlich in größeren Städten bei bestem Willen oft unmöglich ist, eine Hilfstätigkeit in dem Umfang durchzuführen, wie sie im Interesse der Geisteskranken und ihrer Familien dringend erwünscht ist, hat zur Einrichtung weiterer Fürsorgestellen, wie eine solche seit kurzem in Düsseldorf bereits besteht und sich bewährt, geführt. Diese Fürsorgestellen werden entweder städtischen Wohlfahrtszentren oder anderen Organisationen angegliedert und kann ihre Einrichtung anderen Hilfsvereinen nach Ansicht des Ref. nur warm empfohlen werden. Selbstverständlich machen sie Kosten, dafür aber leisten sie auch Ersprießliches!

Heinicke, Großschweidnitz.

— Gärtner, Dr. Aug., o. ö Professor der Hygiene und Direktor des Hygienischen Instituts der Universität Jena: Leitfaden der Hygiene. Für Studierende, Ärzte, Architekten, Ingenieure und Verwaltungsbeamte. Mit 208 Abbildungen. Berlin 1914. S. Karger. 8,60 M, geb. 9,80 M.

Es sind 22 Jahre her, seit Gärtners Leitfaden zum ersten Male erschien. Jetzt liegt bereits die sechste Auflage vor; außerdem ist das Buch in fünf fremde Sprachen übersetzt worden — ein Beweis für seine

große Brauchbarkeit und Beliebtheit. Zahlreiche vortreffliche Abbildungen veranschaulichen dem Mediziner diejenigen Dinge, welche seinen Studien ganz fern liegen, z. B. die verschiedenen Heizungssysteme, Ventilations-, Abwässer-, Desinfektions-, Filter-Anlagen, Krematorien etc. Der Stoff ist in folgende Hauptabschnitte eingeteilt: Atmosphäre, Wasser, Boden, Ernährung und Nahrungsmittel, Wärmeregulation des Menschen, Kleidung und Hautpflege, Wohnungen und Städteanlagen, Wärmeregulierung der Wohnungen, Ventilation, Beleuchtung, Entfernung der Abfallstoffe, Leichenwesen, Schulhygiene, Gewerbehygiene, Infektionskrankheiten. Ein Verzeichnis der Fachausdrücke der neueren Immunitätslehre mit Erklärungen ist angeführt.

Gärtners Leitfaden wird auch in der 6. Auflage seinen hervorragenden Platz unter den Lehrbüchern der Hygiene behaupten.

— Fuhrmann, Dr. Manfred: Diagnose und Prognose der Geisteskrankheiten. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Leipzig 1913. Verlag von Joh. Ambros. Barth.

Dieses kleine Lehrbuch soll dem Anfänger in der Psychiatrie die Diagnostik erleichtern; in aller Kürze sind in ihm die Psychosen, ihrer Häufigkeit nach, ausführlicher oder weniger ausgiebig behandelt. Dabei steht der Verf. im großen und ganzen auf dem Boden Kraepelinscher Schule; andererseits verläßt er ihn auch zuzeiten; so unterscheidet er außer der Dementia catatonica als Abteilung des Jugendirreseins noch die Kahlbaumsche Katatonie mit guter Prognose als selbständiges Krankheitsbild. Besonderen Ausbau erfuhr in dem kleinen Werk auch die Lehre von der Graphologie der Geisteskranken und dies mit gutem Recht. Nicht ganz verständlich ist es dem Ref., warum nach S. 143 Nahrungsverweigerung nur bei den 4 vom Verf. vorkommenden Psychosen angetroffen werden soll. Wie oft und energisch abstinieren u. a. auch Paralytiker! Auch kann sich Ref. nicht damit einverstanden erklären, daß S. 203 als individueller Faktor bei der Entstehung der Paralyse als Kulturgift: vor allem die Lues genannt wird; hier müßte es doch wohl „ausschließlich" heißen. Diese Punkte beeinträchtigen aber den Wert und Zweck des Büchleins sonst in keiner Weise.

Heinicke, Großschweidnitz.

Personalnachrichten.

— **Göppingen.** An die Stelle des ausgetretenen bisherigen zweiten Arztes und stellvertretenden Direktors der Heilanstalt Christophsbad Göppingen, Hofrats Dr. H. Landerer, ist Dr. Heinrich Landerer, bisher Anstaltsarzt daselbst, getreten.

— **Alzey.** Dr. med. Kurt Schlüter aus Hildesheim ist am 5. d. Mts. als Assistenzarzt hier eingetreten.

— **Kiel.** Als Privatdozent für Psychiatrie und Neurologie habilitierte sich in der Kieler medizinischen Fakultät Dr. med. Felix Stern, Assistenzarzt bei Prof. Siemerling an der Psychiatrischen- und Nervenklinik.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma **Kalle & Co.,** Aktiengesellschaft, **Biebrich,** betr. „Dormiol" bei, welchen wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Am 15. Januar verschied in Dresden

Herr Geheimer Rat Dr. Weber

K. S. Anstaltsdirektor a. D.

Komtur,

Ehrenvorsitzender des Hilfsvereins für Geisteskranke im Königreich Sachsen.

Der Entschlafene hat als Mitbegründer und langjähriger Vorsitzender unseres Vereins seine reichen Gaben, seine unermüdliche Tatkraft, sein warmherziges Mitgefühl für die Geisteskranken ganz in den Dienst der Fürsorge für die entlassenen Geisteskranken gestellt. Was der Hilfsverein geworden ist, verdankt er der führenden Persönlichkeit seines ersten Vorsitzenden zum großen Teile.

Sein Vorbild wird stets begeisternd vor uns stehen und unser aufrichtiger Dank folgt ihm in die Ewigkeit nach.

Der Vorstand des Hilfsvereins für Geisteskranke im Königreich Sachsen

Anstaltsdirektor Medizinalrat Dr. Ackermann, Vorsitzender.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Weitere Stellengesuche auf der 3. u. 4. Inseratseite.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 44. 31. Januar **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Einige Beobachtungen über Ureabromin bei Epilepsie. Von Assistenzarzt Dr. Schwabe. (S. 531.) — Zur Physiologie und Pathologie der intentionalen Sphäre. Von Direktor Dr. Jos. Berze, Klosterneuburg. (S. 532.) — Mitteilungen (S. 538): Beabsichtigtes Eheverbot für Geistesschwache in den skandinavischen Staaten. — Therapeutisches (S. 538.) — Personalnachrichten. (S. 539.)

Aus der Rostocker Universitäts-Poliklinik für Nerven- und Gemütskranke (Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schuchardt) und dem Fürst-Karl-Hospital zu Sigmaringen (Sanitätsrat Dr. Longard).

Einige Beobachtungen über Ureabromin bei Epilepsie.

Von Assistenzarzt Dr. **Schwabe.**

Unter der großen Zahl der neueren Mittel, die in den letzten Jahren gegen Aufregungszustände jeglicher Art, Schlaflosigkeit und speziell gegen Epilepsie auf den Markt gekommen sind, nimmt das Ureabromin mit die erste Stelle ein.

Auf Veranlassung von Dr. Fischer und Dr. Hoppe wurde in Dresden bei Gehe & Co. das Mittel hergestellt. Ich will an dieser Stelle nur kurz darauf hinweisen, daß Ureabromin von genannten Herren mit gutem Erfolg angewandt wurde und sie es bei Epilepsie für angezeigt hielten in den Fällen:

1. in denen die Ausscheidung bereits darniederliegt,
2. in denen die Herztätigkeit eine verminderte ist,
3. bei den Kranken, bei welchen Verdacht einer Intoxikation entweder vom Darm oder von den Nieren aus vorliegt.
4. bei allen spasmophilen Zuständen (Berliner klinische Wochenschrift 1911 Nr. 41).

Weitere Veröffentlichungen über günstige Resultate mit Ureabromin siehe in der Literaturangabe.

Ich habe auf Veranlassung von Prof. Dr. Schuchardt an der Rostoscker Universitäts-Poliklinik Versuche mit Ureabromin angestellt und später unter Leitung von Herrn Sanitätsrat Dr. Longard am Fürst-Karl-Landeshospital zu Sigmaringen.

Ich möchte nicht verfehlen auch an dieser Stelle beiden Herren meinen verbindlichsten Dank zu sagen für die freundliche Unterstützung und Überlassung des Materials.

Es waren zum größten Teil sehr schwere Fälle von Epilepsie, die teils Jahre lang in ambulanter Behandlung, teils wegen bestehender Geistesschwäche mehrere Jahre schon in der Anstalt interniert waren, und bei denen mit wenig günstigem Erfolge Brom in verschiedener Form gegeben war.

Ich habe mehrere Monate hindurch Ureabromin gegeben und über jeden einzelnen Patienten täglich genauen Bericht gemacht oder denselben von den Patienten selbst anfertigen lassen, und habe erst nach Monaten ein bestimmtes Urteil über das Befinden der einzelnen Patienten abgegeben.

Von neun zum Teil sehr schweren Fällen von Epilepsie ohne Geistesstörung konnte ich bei acht Fällen nach wenigen Monaten schon insofern eine Besserung konstatieren, als die Zahl der Anfälle zurückging, die Anfälle selbst in ihrer Schwere nachließen und ein besseres Allgemeinbefinden eintrat. In einem von diesen neun Fällen trat angeblich keine Besserung ein. Es handelte sich hier um eine 36 jährige Patientin, die seit ihrem 10. Lebensjahre nur nachts sehr schwere epileptische Anfälle hat, und zwar kehrten die Anfälle in jeder Nacht wieder. Da wegen der ambulanten Behandlung keine einwandfreie Beobachtung möglich war, war ich allein auf die Angaben der Patientin angewiesen, die keine Besserung zugab.

Von fünf Fällen schwerster Epilepsie mit Geistesstörung konnte ich bei vier Epileptikern ganz bedeutende Besserung der Anfälle konsta-

tieren und eine Aufheiterung ihres psychischen Zustandes sowie Hebung des Allgemeinbefindens. In einem Falle trat keine dauernde Besserung der Anfälle auf, jedoch hob sich das Allgemeinbefinden und die sonst stets sehr gereizte Stimmung der Patienten.

In weiteren drei Fällen von Epilepsie, bei denen kein eigentlicher Bewußtseinsverlust bestand, sondern nur rasch vorübergehende Schwindelanfälle und leichte Ohnmachtsanwandlungen auftraten, wo es sich um eine leichtere rudimentäre Form der Epilepsie handelte und die dem Krankheitsbild des petit mal einzureichen waren, wirkte das Ureabromin prompt, und es trat ein derartiges subjektives Wohlbefinden der Patienten ein, daß sie dringend um weitere Gaben des Mittels baten.

Ich habe dann noch in einer ganzen Reihe von Aufregungzuständen jeglicher Art Ureabromin gegeben, bei Patienten, die sich in mißmutiger, gereizter Stimmung befanden, und zwar dauernd in derselben verharrten; bei dem größten Teil dieser Patienten wurde erhebliche Aufheiterung ihres ganzen Wesens und Nachlassen der gereizten und gedrückten Stimmung beobachtet, so daß wir in ausgedehntem Maße Ureabromin in der Anstalt verabreichten und nicht gezwungen waren, zu stärker wirkenden und schädlicheren Beruhigungsmitteln unsere Zuflucht nehmen zu müssen.

Auf Grund meiner Beobachtungen bin ich zu dem Schluß gekommn, daß wir in Ureabromin ein brauchbares Mittel vor allem bei der Behandlung der Epilepsie haben und dasselbe anderen Brompräparaten bezüglich gewisser Vorteile vorzuziehen ist.

So beobachtete ich keinerlei Bromintoxikation, im Gegenteil sah ich eine Bromakne vollkommen verschwinden auf Ureabromin, und eine Angewöhnung an das Mittel trat nie ein.

Kurz zusammenfassend scheint Ureabromin bei Epilepsie geeignet:

1. in leichten und mittelschweren Fällen die Anfälle fast vollkommen zu unterdrücken, in schweren Fällen aber insofern befriedigende Resultate zu erzielen, als die Schwere der Anfälle herabgesetzt wird;
2. zur Hebung des Allgemeinzustandes;
3. zur Hemmung der psychischen Erscheinungen, die in den älteren Fällen von Epilepsie mit Demenz einhergehen; so Beseitigung gewisser Benommenheit, Schläfrigkeit, erschwerten Denkens usw.

Fehlen jeglicher unangenehmer Nebenwirkungen.

Literatur.

Über Bromcalcium-Harnstoff (Ureabromin). Dr. Ph. Fischer und Oberarzt Dr. Hoppe. Berlin. klin. Wochenschrift. 1911 Nr. 41.

Ureabromin. Von Dr. A. Blitz. Pharmazeut. Zentralhalle 1912 Nr. 10.

Über Ureabromin. Von Dr. H. Böhmig. Psychiatr.-Neurol. Wochenschrift 1912 Nr. 47.

Über Ureabromin. Von Dr. J. Jach. Therapie der Gegenwart 1912.

Klinischer Beitrag zur Bewertung von Ureabromin. Von F. Johannessohn. Deutsche med. Wochenschrift 1913 Nr. 6.

Erfahrungen mit Ureabromin bei Epileptikern. Von Dr. Mangelsdorf. Psychiatr.-Neurol. Wochenschrift 1912/13 Nr. 47.

Zur Physiologie und Pathologie der intentionalen Sphäre.

Von Doz. Dr. **Jos. Berze,** Direktor der n.-ö. Landesirrenanstalt Klosterneuburg.

Vortrag, gehalten am 23. September 1913. (Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien.)

Der Psychiater hat es schwer, eine voraussetzungslose Psychologie zu treiben. So sehr er auch davon überzeugt sein mag, daß ihm die Psychologie nicht bloß ein Hilfsmittel für die Diagnose des im Körperlichen vorliegenden pathologischen Zustandes bedeutet, daß sie vielmehr an sich selbst einen wesentlichen Teil seines eigentlichen Wissengebietes ausmacht, insofern die Symptome, welche das Bild der in dieses Gebiet gehörigen Krankheiten beherrschen, nämlich die psychischen Symptome, eben nur psychologisch erfaßt werden können, so vermag er sich bei der Gestaltung seiner psychologischen Grundanschauungen doch niemals von den Folgen jener Einstellung auf das Körperliche in durchaus zureichendem Maße freizuhalten. Mag er sichs eingestehen oder nicht, immer werden seine psychologischen Anschauungen mehr oder weniger von dem Schema beeinflußt, das er sich von der Funktion des psychozerebralen Apparates gebildet hat.

Damit ist freilich das Verhältnis zwischen Psychologie und Hirnphysiologie, wie es sein sollte, geradezu ins Gegenteil verkehrt. Während unserem

hirnphysiologischen Schema stets nur ein provisorischer Charakter zugesprochen werden darf und eine neue psychologische Erkenntnis, die sich in das Schema nicht fügt, immer wieder zu einer Revision des Schemas unter Berücksichtigung dieser Erkenntnis Anlaß geben müßte, werden im Gegenteile psychologisch feststellbare Tatsachen dem Schema zuliebe umgeändert oder, wenn im Schema für sie kein Platz ist, einfach unbeachtet gelassen. So läßt sich leicht zeigen, daß die, wie sich immer mehr herausstellt, für die Psychiater ganz unbrauchbare Assoziationspsychologie, wie sie vor allem Ziehen vertritt, sozusagen eine Frucht seines durchaus unzureichenden psychozerebralen Funktions-Schemas ist, und daß sich ebenso die Fehler der Wernickeschen psychologischen Lehre fast ausnahmslos auf einen Grundfehler in seinem hirnphysiologischen Schema, dem von ihm sog. „psychischen Reflexbogen", zurückführen lassen.

Wir müssen von einem psychozerebralen Funktions-Schema vor allem verlangen, daß es der Grundtatsache gerecht wird, daß wir es nicht bloß mit Bewußtseins-„Inhalten" zu tun haben, sondern auch mit den Erscheinungen der Aktivität des Geistes, mit inneren Tätigkeiten, mit Bewußtseins- oder Ich-Tätigkeiten, mit dem aktuellen Momente, mit den „Akten", mit den „Funktionen" im Sinne der modernen Psychologie.

Wir müssen verlangen, daß im Schema außer für die Sinneseindrücke und ihre Assoziation und für die motorischen Innervationen und ihre Zusammenordnungen auch noch Raum sei für die verschiedenen intentionalen Akte, von dem die übrigen Akte „fundierenden" Wahrnehmungsakte angefangen bis zum kompliziertesten Willensakte, also — mit andern Worten — auch für das eigentliche Geistesleben. Wir müssen, kurz gesagt, verlangen, daß im Schema nicht nur die impressionale, sondern auch die intentionale Sphäre entsprechend berücksichtigt sei.

Was nun das der Mehrzahl der Psychiater geläufige hirnphysiologische Schema betrifft, so ist man bei seiner Bildung von der Grundlage ausgegangen, welche durch die Zweizahl der Funktionen des Nervensystems, der sensiblen und der motorischen, gegeben ist. Es ist daran nichts auszusetzen; im Gegenteil ist eine andere Möglichkeit gar nicht ersichtlich, und wir haben es geradezu als die sicherste Grundtatsache zu betrachten, daß wir in den psychischen Erscheinungen das Ergebnis des im psychozerebralen Apparate erfolgenden Ineinandergreifens der beiden Funktionen des Nervensystems sehen müssen. Die Unsicherheit beginnt freilich sofort, wenn wir uns ein Bild von der Art dieses Ineinandergreifens der beiden Funktionen machen wollen, wenn wir eine Vorstellung davon zu gewinnen versuchen, in welcher Weise die beiden Funktionen im psychozerebralen Apparate zur Geltung kommen, wie wir uns, mit anderen Worten, die sensible und die motorische Funktion ins Funktions-Schema des psychozerebralen Apparates übertragen denken sollen.

Es hat sich nun gezeigt, daß für die meisten Psychiater die Annahme etwas ungemein Bestechendes hat, daß die motorische Seite der Psyche, wenn wir kurz so sagen dürfen, von den Gefühlen eingenommen sei, bezw. von psychischen Erscheinungen, deren wesentliche Elemente Gefühlselemente seien. Da nun aber andererseits die sensible, die Empfangsseite der Psyche von den Impressionen, den Sinneseindrücken, oder wie man gewöhnlich sagen zu dürfen glaubt, von den Empfindungen und allem, was aus ihnen abzuleiten ist, besetzt ist, so ergibt sich eine Ausdeutung der Zweiteilung der psychischen Erscheinungen im Sinne der Gegenüberstellung von Empfindung und Gefühl, also etwa von Intellekt und Affektivität (Bleuler), Noopsyche und Thymopsyche (Stransky) usw.

Also Empfindungselemente auf der einen Seite, Gefühlselemente auf der anderen! Da nach dem Zweiteilungsprinzip für eine dritte Gattung von psychischen Elementen kein Raum übrig ist, muß alles andere aus den genannten zwei Arten von Elementen abgeleitet werden. Es ist daher auch für die große Mehrheit der Psychiater die Frage überhaupt gar nicht diskutabel, ob wir eigene, spezifische, primäre Strebungs-Elemente, intentionale Elemente, anzunehmen haben. Sie glauben zu dieser Annahme um so weniger Grund zu haben, als ihnen die Ableitung des gesamten Strebungslebens aus den Gefühlen ihrer Meinung nach anstandslos gelingt.

Indes zeigt sich wohl bei vorurteilsloser Betrachtung, daß die Idee der Ableitbarkeit der Strebungen aus den Gefühlen auf einem Fehlschlusse beruht. Dieser Fehlschluß ist zunächst auf die Mehrdeutigkeit des Begriffes: Ableitbarkeit zurückzuführen. Es unterliegt nämlich gar keinem Zweifel, daß viele Strebungen — aber beileibe wieder nicht alle, wie manche annehmen! — aus Gefühlen im Sinne des Kausalitätsprinzips ableitbar sind, d. h. in dem Sinne, daß das Gefühl als die Ursache, die Strebung als die Wirkung betrachtet wird, oder mit anderen Worten, daß die Gefühle Motive, und zwar — es muß dies ohne weiteres zugegeben werden — die wichtigsten und häufigsten Motive für das Streben abzugeben geeignet sind. Um diese

Ableitbarkeit handelt es sich aber selbstverständlich nicht, wenn behauptet wird, daß das Streben auf Gefühls- und etwa noch auf impressionale Elemente zurückzuführen sei, oder daß, wie sich z. B. Birnbaum ausdrückt, „das Streben nur eine besondere Seite des Fühlens, nur Ausdruck der treibenden Kraft, welche dem Gefühle innewohnt", sei; in diesem Falle handelt es sich vielmehr, kurz gesagt, um die Ableitbarkeit im Sinne des genetischen Prinzips, es handelt sich darum, ob sich das, was wir das Streben nennen, genetisch wirklich nur aus Gefühls- und aus impressionalen Elementen aufbaut, bezw. ob wir aus dem Bewußtseinserlebnisse im Momente des Strebens wirklich bloß Gefühle und Empfindungen herausanalysieren können, oder ob da nicht nach Abzug der Gefühle und Empfindungen ein Rest bleibt, der in seinem Wesen von den bereits herausanalysierten Elementen bezw. Zusammenhängen grundverschieden ist.

Es würde den Rahmen eines Vortrages weit überschreiten, wollte ich zur Beleuchtung dieser Frage all' die Argumente kritisch besprechen, welche im Laufe der Zeit von den Anhängern der „autogenetischen" Theorie einerseits, der „heterogenetischen" Theorie andererseits vorgebracht worden sind. Doch darauf sei kurz verwiesen, daß speziell die Versuche, die Willensvorgänge auf Gefühlsvorgänge zurückzuführen — unter diesen wieder besonders der von den meisten Psychiatern entweder in unveränderter oder in mehr oder weniger modifizierter Form akzeptierte Versuch Wundts —, wohl nur deshalb scheinbar gelingen, weil von den betreffenden Autoren dem Begriffe „Gefühl" ein Inhalt gegeben wird, der über den seiner richtigen Fassung entsprechenden Inhalt hinausgeht, in dem er eben u. a. auch noch die Bewußseinsbestandteile, welche das eigentliche Wesen des Strebens ausmachen, mit einschließt. Was speziell Wundt betrifft, so deckt sich bei ihm bekanntlich der Begriff „Gefühlselemente" mit dem Begriffe „subjektive Elemente". Daher kann auch Wundt zwischen drei „Hauptrichtungen", drei Dimensionen, des Gefühls unterscheiden: nämlich Lust und Unlust, Erregung und Beruhigung, Spannung und Lösung. Da nun aber mit den von Wundt als Spannungs- und Lösungsgefühle bezeichneten Phänomenen zweifellos diejenigen Bewußtseinsbestandteile gemeint sind, welche dem Strebungsmoment entsprechen, so ist es ihm begreiflicher Weise leicht, die Gefühle als die Elemente des Wollens hinzustellen. Aber die Wundtsche Fassung des Begriffes „Gefühlselemente" ist eben, wie gesagt, eine zu weite. Als Gefühle im strengen Sinne des Wortes dürfen nur die „Qualitätsrichtungen" Lust und Unlust aufgefaßt werden, subjektive Elemente dagegen sind außer den Gefühlselementen noch die von diesen durchaus verschiedenen spezifischen Strebungselemente, jene Elemente, auf welche das Moment an den Willenserscheinungen zurückzuführen ist, welches ihr eigentliches Wesen ausmacht, das aktuelle Moment, das „ich will" (vgl. namentlich Ach).

Wie verträgt sich nun aber diese Auffassung mit der Annahme, daß wir unserem Funktions-Schema des psychozerebralen Apparates die Zweizahl der Grundfunktionen des gesamten Nervensystems zugrunde zu legen haben? Ist nicht mit der Annahme der Strebungselemente, also, wie es scheint, einer dritten Art von psychischen „Elementen", unser System durchbrochen?

Wenn wir von der Annahme ausgehen, daß wir in den Gefühlselementen den impressionalen Elementen gegenüber hinsichtlich ihrer Beziehung zur psychischen Aktivität prinzipiell verschiedene Elemente zu sehen haben, dann allerdings; es fragt sich aber eben, ob diese Annahme richtig ist.

Daß die Gefühle Reaktionen, d. h. Ergebnisse der Motorik im weitesten Sinne sind, steht außer jedem Zweifel. Ist aber damit auch schon gesagt, daß sie im Psychischen auf die Seite der Aktivität gehören, oder gar, daß sie geradezu die Grundlage des aktuellen Momentes bilden?

Wollen wir diese Frage richtig beantworten, so müssen wir uns vorerst darüber genauer zu orientieren suchen, in welchem Sinne wir eigentlich von dem motorischen Charakter der Gefühle, der Emotionen, zu sprechen berechtigt sind. Da ergibt sich nun, meines Erachtens ohne Zweifel, zunächst, daß den Gefühlen Vorgänge reaktiver, d. h. motorischer Natur zugrunde liegen. Aber diese Vorgänge reaktiver Natur spielen sich keineswegs im Psychischen, sondern — analog den Reflexbewegungen — im Somatischen ab und führen erst dadurch, daß sie sich im Bewußtsein sozusagen spiegeln, d. h., daß das Bewußtsein auf dem Wege der Zuleitung der durch sie herbeigeführten sensiblen Effekte von ihnen Kenntnis erhält, zur Entstehung eines Psychischen. Es zeigt sich also, daß die reaktive Natur der Vorgänge, welche zur Bildung der Gefühle führen, uns an sich noch nicht berechtigt, von einem motorischen Charakter der Gefühle in dem Sinne, daß wir die Gefühlselemente als die Elemente der psychischen Aktivität betrachten könnten, zu sprechen; im Gegenteile verhält sich das Bewußtsein den Gefühlsveränderungen gegenüber geradeso rezeptiv wie den direkten Sinneseindrücken gegenüber. Der motorische, präziser: der psychomotorische Charakter, welchen wir den Gefühlen zuzusprechen pflegen, muß also anders erklärt werden, und zwar offenbar da-

raus, daß die Gefühle unser Strebungsleben, unser intentionales Leben, die psychische Aktivität, in der nachdrücklichsten Weise zu beeinflussen imstande sind, indem sie gewisse Intentionen, wie wir zu sagen gewohnt sind, bahnen, andere hemmen.

Nun kann aber — und darauf lege ich in meiner Argumentation den größten Wert — logischerweise nur das als gebahnt, gehemmt, kurzum irgendwie beeinflußt gedacht werden, was an sich gegeben ist; folglich müssen auch die Strebungen, die Intentionen an sich vorerst gegeben sein, sollen sie von den Gefühlen beeinflußt werden können, d. h. sie müssen ein von den Gefühlen Verschiedenes sein.

Das Streben kann in verschiedenen Formen in Erscheinung treten; zunächst als ein einfaches, inneres Gespannt- und Gerichtetsein ohne gedankliche Fassung der Richtung des Strebens und ohne anschaulich gegebenes Ziel, also als einfaches Streben oder als einfache „determinierende Tendenz", dann aber auch begrifflich gefaßt als Leitidee, wobei das Objekt, auf dessen Erreichung das Streben gerichtet ist, mehr oder weniger deutlich als Vorstellung, als Zielvorstellung, mit gegeben sein kann, also in gewissen komplexen Bewußtseinsphänomenen. In jedes Strebungsphänomen können zudem Gefühle verschiedener Provenienz eingehen, so die gegebenenfalls als Motive wirkenden, beziehungsweise nachwirkenden Gefühle, dann aus dem Strebungsverlaufe resultierende Gefühle, d. h. Lust bei ungehemmtem, Unlust bei gehemmtem Streben, endlich dem antizipierten Strebungserfolg entsprechende Gefühle. Stets bleibt aber das intentionale Moment das für das Streben wesentliche Moment.

Da wir somit zur Annahme gelangt sind, daß wir im Streben eine elementare, primäre, spezifische Funktion zu sehen haben — auf diese Funktion ist, wie wir weiter annehmen müssen, jede innere Tätigkeit, jede Betätigung des Ich, also alle psychische Aktivität zu reduzieren —, stehen wir vor der Frage, ob wir bei dem heutigen Stande unserer hirn-anatomischen und physiologischen Kenntnisse irgendwelche Anhaltspunkte für die Art des somatischen Korrelates und für die Lokalisation der somatischen Parallelvorgänge des Strebens haben, ob wir uns ein wenigstens beiläufiges Bild von der Beschaffenheit, Lokalisation und Funktion der intentionalen Sphäre, wie wir kurz sagen möchten, des psychozerebralen Apparates machen können.

Während wir die Gefühle, wie ausgeführt wurde, als sozusagen sekundäre psychische Effekte von nichtpsychischen motorischen Vorgängen, nämlich den somatischen Gefühlsveränderungen zu sehen haben, müssen wir die Strebungen als Phänomene auffassen, welche somatisch-motorische Vorgänge oder präziser Vorgänge, in denen die Wirksamkeit der motorischen Kraft, d. h. der Eigenkraft des Individuums — im Gegensatz zu den Außenkräften, die als Sinnesreize die Quelle der Impressionen sind — zutage tritt, geradezu zu Parallelvorgängen haben. Es war daher der Grundgedanke, von dem sich Meynert leiten ließ, wenn er die Elemente der „Willensakte" aus der bewußtwerdenden Tätigkeit motorischer Rindenelemente abzuleiten suchte, zweifellos richtig. Die Art, in der Meynert diesen richtigen Grundgedanken durchführte, war dann freilich verfehlt. Meynert schrieb bekanntlich der Tätigkeit der im gewöhnlichen Sinne motorischen Rindenelemente selbst ein psychisches Korrelat zu, die von ihm sogen. Innervationsgefühle, und betrachtete diese als die psychischen Elemente der „Willensakte", wie er sich ausdrückte, d. h. der Strebungen in unserem Sinne. Es ist nun aber einerseits, namentlich durch neuere Untersuchungen nahezu sichergestellt, daß wir kein Recht haben, von einem psychischen Korrelat der im engeren Sinne motorischen Rindenelemente zu sprechen, andererseits ist es klar, daß, selbst wenn es ein solches gäbe, ihm nicht die Bedeutung zugesprochen werden könnte, die ihm Meynert beimißt; denn abgesehen davon, daß überhaupt nur von einer Beziehung der motorischen Rindenelemente zu einer einzigen Art von Willensakten, nämlich zu den auf die Hervorrufung von Bewegungen, auf ein äußeres Handeln, gerichteten gesprochen werden könnte, ist es klar, daß das, was wir die Intention nennen, nicht mit der Innervation, welche gegebenenfalls ja erst das Ergebnis, den Effekt, die Ausführung der Intention bildet, verwechselt werden darf.

Nach unseren Darlegungen kann die intentionale Sphäre mit den im gewöhnlichen Sinne motorischen Rindenelementen überhaupt nichts zu tun haben. Sie muß im übrigen ein die motorischen Rindenfelder an Größe weit übertreffendes Gebiet begreifen; denn im Grunde gibt es überhaupt von den Wahrnehmungen angefangen kein Bewußtseinsphänomen ohne Streben, d. h. ohne funktionelle Beteiligung der intentionalen Sphäre — das Streben ist nach Fouillée der Urgrund alles Psychischen —, wenn wir auch von einer Strebung nur dann zu sprechen pfle-

gen, wenn in dem Bewußtseinserlebnisse des betreffenden psychischen Augenblickes das Strebungsmoment das vorherschende ist. Es ist aus diesem Grunde daher auch höchst unwahrscheinlich, daß wir uns die intentionale Sphäre etwa aus im Sinne der „landkartenartigen" Einteilung der Rinde begrenzten Feldern zusammengesetzt zu denken haben, dagegen im höchsten Grade wahrscheinlich, daß die Träger der intentionalen Funktion, vielleicht in bestimmten Rinden-Schichten lokalisiert, über die ganze Rinde verbreitet sind, woraus sich ergeben würde, daß die Sinnesfelder nur in bestimmten Elementen bezw. Schichten der impressionalen Funktion, die motorischen Felder wieder nur in bestimmten Elementen der motorischen Funktion, beide dagegen in anderen Schichten der intentionalen dienen, während die Funktion der sog. Assoziations- resp. Denk-Zentren, wenn auch wieder nicht ausschließlich, so doch vorherrschend die intentionale wäre.

Mit der organischen Anlage der intentionalen Sphäre ist ihr aber noch kein Inhalt, sind noch nicht die Intentionen selbst gegeben. Wie die Sinnessphäre ihren Inhalt erst durch die Sinnesreize erhält, so kann selbstverständlich auch die intentionale Sphäre die Intentionen nicht aus sich selbst, sozusagen durch ihre spezifische Organenergie produzieren, sondern müssen ihr diese erst übertragen werden. Woher und auf welche Weise ist die Frage, die wir uns nunmehr stellen müssen.

Etwas Bestimmtes wissen wir über diesen Punkt noch nicht; es drängt sich uns aber folgende Überlegung auf. Die verschiedenen primitiven Strebungsformen sind nicht ein Erwerb des Individuums, nicht ein Produkt der Ontogenese, sondern der Phylogenese; ihre ursprüngliche „physiologische Lokalisation" ist daher, einem allgemeinem Gesetze entsprechend, in „tieferen" Zentren zu suchen, von wo aus erst ihre Übertragung auf den Kortex erfolgen könnte — selbstverständlich nur unter der Bedingung des Gegebenseins von Bahnen, welche von den betreffenden Zentren zum Kortex führen. Als ein Organ, das, um mit Edinger zu sprechen, auf Grund phylogenetisch erworbener „Relationen" auf bestimmte „Rezeptionen" mit bestimmten „Motus", präziser mit Antrieben zur Innervation bestimmter Motus, reagiert und das somit als der somatische Träger eines wesentlichen Teiles der angeborenen Strebungen, die angeborenen Triebe anzusehen ist, hat die Hirn-Physiologie nun den Thalamus erkannt. Da nun andererseits durch die hirnanatomische Forschung festgestellt worden ist, daß vom Thalamus aus Fasern zu allen Teilen der Rinde, namentlich auch zu Flechsigs Assoziationszentren führen bezw. leiten, liegt die Annahme nahe, daß der Grund zu dem gesagten, später so kompliziert werdenden intentionalen Leben wenigstens zu einem großen Teile dadurch gelegt wird, daß die den „Relationen" im Thalamus entsprechenden Antriebe sozusagen auf die intentionale Sphäre übertragen werden.

Wenn diese Annahme richtig sein sollte, so könnten wir dem Thalamus aber vielleicht auch noch eine andere höchst bedeutsame Funktion zumuten. Auf Grund verschiedener Überlegungen ist bereits eine ganze Reihe von Autoren zur Ansicht gelangt, daß die Tätigkeit des Bewußtseinsorganes, wir möchten sagen: der intentionalen Sphäre, unter dem regulierenden Einflusse eines ihm bezw. ihr übergeordneten „Zentrums" (darunter ist ein Zentral-Organ zu verstehen) stehen müsse. Namentlich der Phasen-Wechsel zwischen Wachzustand und Schlaf, d. h. zwischen voller Tätigkeit und (relativer) Ruhe der intentionalen Sphäre läßt nach Ansicht dieser Autoren auf das Gegebensein dieser Zentralfunktion schließen. Ihr Sitz wird nun aber, namentlich von Veronese, Trömner und Heim im Thalamus gesucht. Was wir bisher über die Funktion der einzelnen Thalamus-Anteile in Erfahrung gebracht haben, spricht m. E. jedenfalls nicht gegen diese Annahme, wenn wir auch von einem positiven Nachweise andererseits noch weit entfernt sind.

Für unsere Überlegungen ist übrigens die Frage der Lokalisation des supponierten Zentrums durchaus irrelevant, es kommt uns nur auf die Funktion an, welche uns eben veranlaßt, nach einem Zentrum als ihrem Träger zu suchen. Diese Funktion besteht in der Aktivierung (Tonisierung der intentionalen Sphäre zur Herstellung und Erhaltung des Wachzustandes; im Ausbleiben dieser Aktivierung der intentionalen Sphäre, also im Aussetzen der diese Sphäre aktivierenden Funktion des supponierten Zentrums, ist unseres Erachtens das Wesen des Schlafes zu suchen.

Es würde den Rahmen meines Vortrages weit überschreiten, wollte ich nun etwa weiter zu zeigen versuchen, wie sich das primäre Ich, das aktive Ich, aus der Tätigkeit der intentionalen Sphäre ergibt, wie sich der „eigene Wille", der Unterschied zwischen aktivem und passivem Streben und noch manches andere im Lichte der Auffassung des Strebens als eines spezifischen, primären Momentes zeigt, wie ich ja auch durch die Kürze der verfügbaren Zeit gezwungen war, mich selbst hinsichtlich des Grundproblems auf eine bloß skizzenhafte, viele Lücken übrig lassende Darstellung zu beschränken.

Nur auf die Bedeutung des von mir bezeichneten Gesichtspunktes für die Psychopathologie möchte ich noch ganz kurz zu sprechen kommen. Daß sie eine außerordentlich große ist, ist ohne weiteres ersichtlich. Wenn das Strebungsmoment ein primäres, nicht auf das Gefühlsmoment reduzierbares ist und wenn wir ein eigenes System innerhalb des gesamten psychozerebralen Apparates als Träger der dem Streben entsprechenden somatischen Parallel-Vorgänge ansprechen dürfen, so eröffnet sich uns die Möglichkeit bezw. die Forderung, das Vorkommen von intentionalen Störungen in Erwägung zu ziehen, welche genetisch in keinem Zusammenhange mit affektiven Störungen stehen, solche keineswegs zur Voraussetzung haben, sondern in einer primären Störung des intentionalen Systems selbst begründet sind, Störungen, die somit unter Umständen der Ausdruck einer wahren intentionalen System-Erkrankung des Gehirns sein können.

Namentlich wird uns bei dieser Auffassung das Auftreten einer oft bis zu völliger Intentionslehre gehenden Strebungsarmut bei zweifellos erhaltener, ja nicht einmal nachweisbar verminderter Gefühlserregbarkeit, ein Verhältnis, wie wir es bei einer großen Gruppe der Fälle finden,[1]) die heute unter dem Namen Dementia praecox zusammengefaßt werden, durchaus verständlich. Die Grundstörung dieser Psychose liegt eben in der Insuffizienz des dynamischen Faktors Ich, in der Aktivitätsschwäche, die das unmittelbare Ergebnis einer unzureichenden Kraftladung, Tonisierung, der intentionalen Sphäre, einer psychischen Hypotonie ist; an der Wurzel aller Erscheinungen dieser Psychose steht die Herabsetzung der Intensität und der Frequenz der Strebungsakte, die Herabsetzung der Fähigkeit des Ich, d. h. des eigenen Willens, die aus der impressionalen Sphäre kommenden Antriebe, bezw. die aus diesen resultierenden passiven Strebungen, zu beherrschen, die Verminderung der intentionalen Leistungsfähigkeit. Die gemütliche Stumpfheit aber, der Mangel an Gefühlsregungen ist bei ihr — von einer engeren Gruppe abgesehen, bei welcher neben der intentionalen Insuffizienz auch eine primäre Insuffizienz der Gefühlsmechanismen vorzuliegen scheint — der intentionalen Insuffizienz gegenüber sekundär. Wenn wir daran denken, daß unser Streben die wichtigste Quelle unserer Gefühle ist, indem uns jede Förderung unseres Strebens, sei es im Sinne unserer Triebe, sei es im Sinne der Ideen, die unsere höheren und höchsten Lebenziele in sich schließen, Lust schafft, jede Behinderung dagegen Unlust bereitet, wird es uns nicht zweifelhaft sein können, daß der gemütsstumpf erscheinen muß, dem das Streben fehlt.

Wie ich noch kurz bemerken will, zeigen sich u. a. auch die erweisbaren von den sogenannten „Tatsachen", von welchen die Freudsche Schule bei der Konzeption der Lehre von der Affekt-Verdrängung ausgegangen ist, bei Anerkennung der elementaren Natur des Strebungsmomentes in einem neuen Lichte. Wie man erst vor etwa 3 Tagen an dieser Stelle hören konnte, sind nach der Meinung Franks, eines der Führer derer um Freud, „Affekte psychische Vorgänge, bei denen uns Gefühle bewußt werden." Daß bei einer derart weiten Fassung des Affektbegriffes den Affekten alles zugeschrieben werden kann, was man ihnen nur zuschreiben will, ist klar. Greifen wir aber nach Beispielen, so können wir nicht im mindesten im Zweifel sein, daß das Wesentliche an den „Vorgängen", die da gemeint sind, im Grunde nicht Gefühle sondern Strebungen sind, daß namentlich der „Sexualaffekt", der bei vielen Psychoanalytikern eine so phantastische Wertung gefunden hat, nichts anderes als der im Psychischen in der Form entsprechender Intentionen wirksame Sexual-Trieb ist. Die „verdrängten Affekte" aber stellen sich als nicht erledigte, ihrer Erledigung noch harrende, auf Erledigung drängende, aber durch Aktivitätsleistung abgewehrte Strebungen dar. Daß die verhaltenen Strebungen eine Potenz ausmachen, deren Wirkung unter Umständen in den verschiedensten psychischen Hemmungs- oder Erregungs-Phänomenen zutage treten kann, wird kaum zu bestreiten sein.

[1]) „Lust und Unlust empfinden die Kranken oft noch mit größter Lebhaftigkeit" (Kraepelin, Lehrbuch, 8. Aufl. III. Bd. S. 906).

Mitteilungen.

— **Beabsichtigtes Eheverbot für Geistesschwache in den skandinavischen Staaten.** In Dänemark, Norwegen und Schweden wird seit Jahren eine gemeinschaftliche oder wenigstens in den hauptsächlichsten Punkten gleiche nordische Zivilgesetzgebung angestrebt. Die dafür eingesetzte gemeinsame Kommission hat jetzt einen derartigen Vorschlag über Ehegesetzgebung und Adoption ausgearbeitet, der den beteiligten Staaten nunmehr vorgelegt ist. Betreffs des Eherechts hat sich die Kommission auf einen sehr modernen Standpunkt gestellt. Aus rassenhygienischen Gründen war vielfach verlangt worden, daß Personen, die eine Ehe schließen wollen, ein ärztliches Zeugnis darüber vorlegen müssen, daß sie nicht mit Krankheiten solcher Art behaftet seien, daß die Eingehung der Ehe aus Rücksicht auf die mögliche Nachkommenschaft als bedenklich erscheinen könnte. Soweit ist nun zwar die Kommission nicht gegangen, sie hat aber vorgeschlagen, daß Geistesschwache irgendwelcher Art nicht heiraten dürfen, und daß Personen, die an gewissen Krankheiten oder an Epilepsie leiden, nicht heiraten dürfen, wenn nicht der andere Teil von der Art der Krankheit unterrichtet ist, und beide Teile vom Arzt genau darüber in Kenntnis gesetzt worden sind, wie die Krankheit zu behandeln sei. („Ärztl. Sachverständ.-Zeitung" Nr. 22, 1913.)

Therapeutisches.

— **Zeit- und Streitfragen. Aus der Praxis.** Von Dr. Buttersack. Fortschritte der Medizin Nr. 19 1913.

Als ein Mittel bei **Diabetes** hat sich dem Verf. Magnesiumperhydrol (Merck) bewährt. Dosen von 0,5 (in Tabletten oder in Oblaten) 5 bis 6 mal im Tag genommen, drückten bei manchen seiner Pat. einen Zuckergehalt von 4% auf 0,5—0,3—0,0% herunter. Nach Aussetzen des Mittels allemal wieder Ansteigen des Zuckers.

Mit dem Verschwinden bezw. Rückgang des Zuckers Hebung des Allgemeinbefindens zu einer die Pat. höchst befriedigenden Frische.

Glykosurien aus psychischen Ursachen wurden, soweit B. beobachten konnte, nicht wesentlich beeinflußt, auch nicht vermutlich von Pankreasaffektionen herrührende Formen.

Bei diesr Gelegenheit empfiehlt B. das Magnesiumperhydrol (Merk) überhaupt für gastrische Zustände an Stelle des Natr. bicarbon. „Denn es erscheint wünschenswerter, daß im Magen Sauerstoff frei wird statt CO_2. Meine Erfahrungen damit sind durchweg günstig."

— **Beitrag zur Therapie des Keuchhustens.** Von Dr. S. Wassermann, Hospital an der I. med. Klinik in Wien (Vorstand Hofrat Prof. C. v. Noorden). Therapeutische Monatshefte, 1913, Oktoberheft.

Die allenthalben mit Bromural als ungiftigem Sedativum gemachten überaus günstigen Erfahrungen veranlaßten W. Chinin mit Bromural bei Keuchhusten zu kombinieren. Chinin-Bromural zeigte eine günstige Wirkung bei Keuchhusten.

W. schlägt vor, im Einzelfalle die Behandlung mit Chinin-Veronal einzuleiten, um dann zum Chinin-Bromural überzugehen.

(Durchschnittsgabe des Bromurals bei Kindern um 2 Jahre herum 0,07 g—0,1 g—0,15 g 3 mal täglich entsprechend $^1/_4$—$^1/_2$ Bromuraltablette 3 mal täglich.)

Die Behandlung der Schlaflosigkeit mit Luminal. Vom Assistenten Dr. Ladislaus Benedek. Aus der neurologischen und psychiatrischen Klinik der Franz Josephs-Universität zu Kolozsvár. (Direktor: Prof. Dr. Karl Lechner.) Wiener klinische Wochenschrift 1912, Nr. 42.

Luminal beeinflußt dem Hyoszin gegenüber die Tätigkeit der Zirkulationsorgane, in erster Reihe die Propulsionskraft des Herzens. B. hat Blutdruckbestimmungen mit dem Riva-Roccischen Sphygmomanometer ausgeführt.

Die Blutdruckverminderung nach Hyoszin war viel ausgesprochener als nach Luminal.

Bezüglich der Pulszahl oder des Rhythmus hat er weder nach Luminal, noch nach Hyoszin (0,001) einen

wesentlichen Unterschied beobachtet. Nach Luminal konnte er bis zu 1,4 g pro die gar keine unangenehme Nebenwirkung konstatieren. Angewöhnen des Mittels bemerkte er bloß zweimal, doch können solche Fälle durch Kombination mit anderen Schlafmitteln vermieden werden.

— **Über Narkophin.** Von H. Rosenthal, Charlottenburg. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34, 1913.

Die Wirkung des Narkophins ist von weit längerer Dauer als diejenige des Morphins. Ferner hat es im Vergleich zum Morphin den Vorteil der größeren Verträglichkeit. Ganz besonders hat sich ihm das Narkophin bei Entbindungen bewährt. Verlängerung der Geburtsdauer tritt als Folge der Narkophinanwendung nicht ein, auch kamen die Kinder niemals asphyktisch zur Welt.

Zur Erzielung schneller schmerzlindernder Wirkung eignet sich Morphium besser. Bei Erregungszuständen, beim Husten der Phthisiker dagegen, wo eine länger anhaltende narkotische Wirkung gewünscht wird, erreicht man mit Narkrophin stets befriedigende Erfolge.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Dresden.** Am Donnerstag, den 15. Januar 1914, abends verschied hier nach längerem Leiden der frühere Direktor der Königlichen Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein Geh. Rat Dr. med. **Guido Weber** im 77. Lebensjahr. Der Entschlafene war Ehrenmitglied des Königlichen Landesgesundheitsamtes sowie des Deutschen Vereins für Psychiatrie. Seine Verdienste fanden ferner Anerkennung durch Verleihung der Komturkreuze 2. Klasse des Verdienst- und des Albrechtsordens. Die Beerdigung fand auf dem Anstaltsfriedhofe in Sonnenstein statt.

Eine ausführliche Biographie des hochverdienten Mannes und Psychiaters sowie ein Porträt findet sich in Band XI Seite 391 dieser Zeitschrift.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 45. 7. Februar **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Untersuchungen mit der Porges-Hermanschen Syphilisreaktion. Von Dr. R. F. Preißner, Lüben. (S. 541.) — Eine schwedische Irrenanstalt. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. R. Wollenberg, Straßburg i. E. S. 543.) — Eröffnung der Großh. Badischen Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz. (S. 545.) — Referate (S. 550). — Personalnachrichten (S. 552.) — Anstaltstechnisches (S. 552).

Untersuchungen mit der Porges-Hermanschen Syphilisreaktion.

Von Dr. **R. F. Preißner,** Assistenzarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Lüben, Schlesien.

Daß die Wassermannsche Reaktion keine spezifische Antigen-Antikörperreaktion, sondern nur bis zu einem gewissen Grade für Syphilis charakteristisch ist, hat sich bereits seit geraumer Zeit herausgestellt und ist u. a. auch neuerdings wieder durch die Untersuchungen von H. Nakano, Prag („Untersuchungen über das Wesen der Wassermannschen Reaktion", Zeitschr. für Hygiene Bd. 76 H. I, S. 39) bestätigt worden. Genanntem Verfasser gelang es, durch Behandlung der Meerschweinchen mit Organzellen bei diesen Tieren eine Wa R zu erzeugen, und auch er kommt zu dem Ergebnis, daß spezifische Antikörper gegen Spirochäten bei der Wa R nicht beteiligt sind. Der diagnostische Wert dieser Methode hat also in letzter Zeit eine erhebliche Einschränkung erfahren. Aus diesen Gründen und zumal wegen der Umständlichkeit der Wassermannschen Serumreaktion geht das Bestreben zahlreicher Syphilisforscher dahin, einfachere Untersuchungsmethoden für die Erkennung luetischer Erkrankungen zu finden. Von den Serumreaktionen scheint bis jetzt das Porges-Hermansche Verfahren am ehesten geeignet, die WaR zu ersetzen. Ich stellte mir die Aufgabe, die Porges-Hermansche Reaktion an einer Reihe von Untersuchungen nachzuprüfen, insbesondere festzustellen, ob und in wieweit das genannte Verfahren für die Diagnose der Paralyse zu verwerten sei.

Zunächst einige technische Vorbemerkungen: Das zu den Untersuchungen nötige Serum wurde mittels Punktion aus der Armvene entnommen. Obwohl die durch Einstich in die Fingerbeere oder in das Ohrläppchen gewonnene Blut- bezw. Serummenge zu einer Untersuchung genügt, wurde doch die Venenpunktion bevorzugt, weil mit ein und demselben Serum meist gleichzeitige Kontroll- und vergleichende Nachuntersuchungen angestellt wurden. Es sollte auf diese Weise die Methode auf ihre Eindeutigkeit geprüft werden bezw. sollten dabei etwaige Fehlerquellen zutage treten. Die Blutentnahme geschah möglichst bei nüchternem Magen, d. h. nachdem der zu Untersuchende 5 bis 6 Stunden lang nichts genossen hatte. War dennoch entgegen der erteilten Anweisung eine nennenswerte Nahrungsaufnahme erfolgt, so zeigte sich das Serum infolge des Fettropfengehaltes mehr oder weniger getrübt, wodurch die Reaktion undeutlich oder ganz unausführbar wurde. Nach Entnahme wurde das Blut in üblicher Weise eine oder mehrere Stunden stehen gelassen und der Blutkuchen vom Rande mittels Platindrahtes abgelöst. Nicht ganz klare Sera wurden zentrifugiert. Inaktivierung bezw. halbstündiges Erwärmen des Serums auf 56° C. im Wasserbade wurde unterlassen, nachdem vergleichende Untersuchungen mit inaktiviertem und nicht inaktiviertem Serum übereinstimmend mit Kallós (Deutsch. med. Wochenschr. 1913 Nr. 39 S. 1885) ergeben hatten, daß die Präzipitation im uninaktivierten Serum im allgemeinen ausgeprägter und daher leichter zu beurteilen ist. Starke Hämolyse beeinträchtigte das Untersuchungsergebnis. Ebenso wie Lade (Deutsch. med. Wochenschr. 1913 N. 15 S. 693) fand auch ich, daß das im Eisschranke aufbewahrte Serum in kürzerer Zeit keine der PHR. nachteiligen Veränderungen einzugehen scheint. Vergleichende Untersuchungen mit bis zu 8 Tage altem Serum ergaben immer gleiche Resul-

tate. Zum Ansetzen der Reaktion wurden Gläser von 8 mm Weite und 7 bis 8 cm Länge benutzt, die stets sauber und völlig trocken sein mußten. Bezüglich der verwendeten Lösungen wurde genau die von Herman und Perutz gegebene Vorschrift befolgt. 0,2 ccm der im Verhältnis von 1 : 20 mit Aqua destill. verdünnten Stammlösung:

Natr. glykochol. puriss. (Merck) 2,0,
Cholesterin 0,4,
95%iger Alkohol 100,0,

wurden mit ebenfalls 0,2 ccm einer stets frisch bereiteten, 2%igen wäßrigen Natriumglykocholatlösung und mit 0,4 ccm des zu untersuchenden Serums gut vermischt, mit einem Wattebausch verschlossen und bei Zimmertemperatur unter Vermeidung jeder Erschütterung stehen gelassen. Nach 16 bis 20 Stunden, spätestens aber nach 24 Stunden erfolgte dann die Ablesung. Trübungen und feinste Flöckchen wurden als negativ, nur deutliche Ausflockungen als positiv angesehen. Es wurden bei Ablesung der Reaktion drei Intensitätsgrade unterschieden: +++ = dichte grobe Flocken, ++ = grobe Flocken, + = deutliche Ausflockung. Die Beobachtungen von Bräutigam (Berl. klin. Wochenschr. 1913 Nr. 33 S. 1525), daß ein Niederschlag in den Seren bei positivem Ausfall sehr häufig fehlte und daß je stärker und gröber die Ausflockung, desto klarer die Flüssigkeit war, konnten auch bei vorliegenden Untersuchungen bestätigt werden. Dagegen sah ich im Gegensatz zu Bräutigam auch bei Verwendung von Natr. glykochol. puriss. (Merck) entsprechend der von Herman und Perutz gegebenen Vorschrift bereits nach 20 bis spätestens 24 Stunden meist deutliche Ausflockung. Wenn auch in vielen Fällen nach weiteren 24 Stunden die Reaktion stärker wurde, so fand sich doch nach mehr als 24 Stunden vielfach auch in unspezifischen Fällen deutliche Ausflockung.

Im ganzen wurden nach erfolgter Einarbeitung in die Technik etwa 100 Untersuchungen an 75 Personen vorgenommen. Von vorwiegendem Interesse sind wohl die Serumuntersuchungen bei Paralytikern. Es wurden 32 an zweifelsfreier Paralyse erkrankte Individuen untersucht. Zwei davon müssen für die folgende Zusammenstellung ausscheiden, da bei diesen die Reaktion trotz mehrfacher Untersuchung fraglich blieb.

Von 30 untersuchten Paralytikern ergaben 26 einen positiven Ausfall und zwar 6 mit +++, weitere 6 mit ++, 8 mit +. 5 reagierten zunächst negativ und zeigten erst nach einer 2. Blutentnahme ein positives Resultat. In einem Falle war die Reaktion zweimal zweifelhaft und bei der dritten Untersuchung positiv, während in den 4 übrigen Fällen auch bei wiederholter Untersuchung der Ausfall stets eindeutig negativ blieb. Irgendwelche Besonderheiten, welche geeignet wären, in den 4 Fällen das negative Ergebnis oder in den positiven Fällen die Gradunterschiede zu erklären, haben bei den Untersuchten nicht festgestellt werden können. Von den 32 Kontrollfällen (multiple Sklerose, Presbyophrenie, Dementia praecox, Paranoia, Imbezillität, Epilepsie) zeigten die Sera von 3 Epileptikern eine schwache Ausflockung, während alle übrigen 29 Sera negativ reagierten. Besondere Anhaltspunkte für Syphilis haben sich bei den 3 mit schwacher Ausflockung reagierenden Epileptikern nicht gefunden. Immerhin waren angeborene oder erworbene Lues nicht mit Sicherheit auszuschließen.

Die Porges-Hermansche Syphilisreaktion ergab also unter 30 sicheren Paralytikern bei 26, d. h. 86,67% positive Resultate. Ich befinde mich damit in annähernder Übereinstimmung mit De la Motte, der mit der Porgesschen Luesreaktion (allerdings noch nicht mit der von Herman und Perutz angegebenen Modifikation mit Cholesterin) untersuchte. Er hatte unter 50 Paralytikern nach Porges 45, also 90%, nach Wassermann 46 also 92% positive Ergebnisse. Thomsen und Boas (Zeitschr. für *Immunitäts*forschung und experimentelle Therapie 1913 Bd. 16 Heft IV) fanden in 18 Fällen von Dementia paralytica nur 6 positive nach Porges-Herman, während alle 18 positiv nach Wassermann reagierten. Schon dieser immerhin erhebliche Unterschied in den Ergebnissen sollte zu umfangreichen Nachuntersuchungen mit der PH-methode an Paralytikern anregen! Bei den vorliegenden Fällen konnte die WaR ebenso wie die Untersuchung der Lumbalflüssigkeit aus äußeren Gründen leider nicht vorgenommen werden.

Das zu verschiedenen Zeiten entnommene Serum ergab, wie wiederholte Untersuchungen bei derselben Person zeigten, nicht immer gleiche Resultate. So waren von den 30 Paralytikern bei der ersten Untersuchung wie oben bereits erwähnt nur 20, also 66⅔% positiv, während weitere 6 Fälle erst bei wiederholter Untersuchung deutliche Ausflockung zeigten.

Fünf Fälle von sicherer Lues zum Teil mit länger zurückliegender Salvarsan- beziehungsweise Quecksilberbehandlung ergaben sämtlich zweifelsfreie positive Resultate. In 2 Fällen von fraglicher Lues war die Reaktion imstande, den Verdacht zu bestätigen, während sie in 3 weiteren Fällen infolge zweifelhafter Resultate die Diagnose nicht

klären konnte. Diese 10 Luesfälle betrafen nicht Paralysen, sondern andere Psychosen.

Besonders hervorzuheben gegenüber der WaR ist die außerordentliche Einfachheit und Billigkeit des Verfahrens. Mit Reagentien im Gesamtpreise von 5 bis 6 M kann man mehrere hundert Untersuchungen anstellen.

Ich fasse die Ergebnisse meiner Untersuchungen dahin zusammen:

1. Die Porges-Hermansche Syphilisreaktion hat bei Untersuchungen an 30 Paralytikern in 86,67 % der Fälle ein positives Resultat ergeben und dürfte ein brauchbares Hilfsmittel zur Diagnose der Paralyse sein.
2. Das genannte Verfahren hat gegenüber der Wassermannschen Reaktion den Vorzug außerordentlicher Einfachheit und Billigkeit.
3. Die Reaktion ergibt zu verschiedenen Zeiten bei demselben Individuum nicht immer gleiche Resultate.

Eine schwedische Irrenanstalt.

Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **R. Wollenberg,** Straßburg i. E.

Ein Ferienaufenthalt in Schweden im August vorigen Jahres gab mir Gelegenheit, einige staatliche Irrenanstalten des Landes zu besuchen. Da dies von deutschen Ärzten nicht oft geschieht, hat es vielleicht einiges Interesse, wenn ich in Kürze über meine Eindrücke berichte.

Die beiden besichtigten Anstalten — die offizielle Bezeichnung der Irrenanstalten in Schweden ist „Hospital" — sind das im Elfsborgs-Län (Provinz Westergötland) gelegene Wänersborgs-Hospital (Restad) und das in Kronobergs-Län (Provinz Smaland) gelegene Wäxjö-Hospital. Die erstgenannte, unter Leitung von Dr. Lauritzen stehende Anstalt, welche erst im Jahre 1905 in Betrieb genommen ist, entspricht den bekannten Typen der modernen Heil- und Pflegeanstalten. Dagegen ist das Wäxjö-Hospital eine Stätte alter historischer Erinnerungen, da sich schon im 14. Jahrhundert dort eine geistliche Niederlassung befand (vom Domus S. Spiritus), welche neben Armen und Siechen auch Geisteskranke verpflegte. Im Jahre 1825 wurde ein besonderes Haus für Geisteskranke erbaut, welches jetzt als Wohnhaus des Direktors dient. Dieses bildet gewissermaßen den Kern, um den sich die im Laufe der Zeit entstandenen neueren Anstaltsgebäude gruppieren. So gewährt die Anstalt in ihrer Gesamtheit einen interessanten Überblick der historischen Entwicklung, welche die Psychiatrie im letzten halben Jahrhundert genommen hat. Das Wäxjö-Hospital bietet aber auch dadurch ein besonderes Interesse, daß eine ausgedehnte Familienpflege mit ihm verbunden ist. Es wird sich demnach rechtfertigen, wenn ich über dieses Hospital etwas eingehender berichte. Meine Informationen verdanke ich dem Direktor Dr. Emil Lindell.

Das Hospital liegt, umgeben von Parkanlagen und weiten Ländereien, 2 km von der Bezirkshauptstadt Wäxjö entfernt, welche dem Landesgouverneur und anderen hohen Behörden zum Wohnort dient. Die Gegend zeigt den bekannten Charakter der schwedischen Landschaft; ein malerischer See und ausgedehnte Waldungen, durch welche wohlgepflegte Weg führen, gehören zum Anstaltsgebiet. Die Anstalt, welche im Jahre 1857 mit 150 Kranken eröffnet worden ist, ist zur Zeit für 400 Kranke eingerichtet, wird aber voraussichtlich demnächst noch erheblich erweitert werden; dazu kommt die Familienpflege mit etwa 130 Kranken. Über das Krankenmaterial sei hier nur gesagt, daß sich z. Zt. meines Besuches unter den 500 Kranken nur ein Paralytiker befand, der aber aus einem fremden Bezirk stammte. Die Kranken werden in drei Klassen verpflegt zu dem Tagessatz von 2,25, 1,00 und 0,60 Kronen.

Das Hauptgebäude ist ein stattlicher, in gefälligen Formen gehaltener, hell verputzter Korridorbau, der im Jahre 1857, wohl nach dem Vorbilde der Mecklenburgischen Anstalt Sachsenberg, errichtet worden ist. Er enthält in den Seitenflügeln in verschiedenen Stockwerken die Überwachungsabteilungen für ruhige Kranke, in einem Obergeschoß auch eine kleine Abteilung für Pensionäre der ersten Klasse. Ein zweites, gleichfalls im Korridorstil gehaltenes Gebäude ist für die Überwachung der Unruhigen bestimmt. Dazu kommen von ganz modernen Bauten ein zum Teil offener Pavillon für weibliche, eine offene Villa für männliche Kranke, endlich ein imposanter mehrflügeliger Bau für rd. 100 Kriminelle (sog. Adnex). Die Familienpflege befindet sich in dem etwa 4 Stunden entfernten Kirchspiel Korsberga.

Beim Durchschreiten der Krankenabteilungen macht sich, abgesehen von blendender Sauberkeit, überall die Fülle von Licht und Luft bemerkbar; ferner fällt auf die für unsere Begriffe verschwenderische Verwendung von Holzpaneelen und Täfe-

lungen, das durchweg in den gefälligsten Formen gehaltene, vielfach aus wertvollen alten Stücken bestehende Mobiliar, endlich der herrliche Blumenschmuck, durch den die Abteilungen untereinander wetteifern. Der Gesamteindruck ist der des Heiteren und Leuchtenden, dabei durchaus Individuellen, nicht Anstaltsmäßigen. Für Arbeitsgelegenheit ist reichlich gesorgt, insbesondere wird auf den Abteilungen fleißig gewebt und der gesamte Leinenbedarf der Anstalt auf diese Weise gedeckt. Bezüglich des Pflegepersonals verdient Erwähnung, daß auch auf der Männerabteilung neben dem Oberwärter eine erfahrene Krankenschwester als Oberin tätig ist; der Zweck, auch den männlichen Kranken die Wohltat weiblicher Fürsorge zuteil werden zu lassen, ist nach den mir gemachten Mitteilungen dabei auf das beste erreicht worden, obwohl die Dame auch die Abteilung der unruhigsten Kranken ohne Scheu betritt. Besonders hervorzuheben ist die weitgehende Fürsorge, die für das Pflege- und Wirtschaftspersonal getroffen ist, nicht nur durch Beschaffung behaglicher Schlafzimmer, sondern auch durch Einrichtung zahlreicher Gesellschaftsräume, die in allen Einzelheiten den Bedürfnissen ihrer Bewohner sorgfältig angespaßt sind.

Von den neueren Krankenabteilungen erwähne ich zunächst den Pavillon der ruhigen Frauen; hier ist durch feinste Auswahl der Farben und Einrichtungsgegenstände mit geringen Mitteln eine reizvolle Wirkung erzielt worden, so daß das Haus geradezu als Muster derartiger Abteilungen dienen kann. Nachdem wir auch die Wirtschaftsräume durchschritten haben, nimmt uns ein Nachen auf, um uns auf dem kürzesten Wege zum anderen Ufer des Sees zu bringen, von wo der leuchtend weiße Bau der offenen Männer-Villa aus grünen Bäumen herübergrüßt. Durch geschmackvolle Gartenanlagen, an künstlichen Felspartien vorbei, die ebenso wie die Bau- und Erdarbeiten zum großen Teil von den Kranken selbst ausgeführt worden sind, gelangen wir in das einfache, aber hübsch eingerichtete Haus, dessen Terrasse einen weiten Rundblick über den See und seine Ufer gewährt. Auf dem Rückweg, der meist durch Wald in wenig mehr als einer halben Stunde um den See herum zur Anstalt zurückführt, sehen wir bald da, bald dort, von Bäumen und Gärten umgeben, zierliche Landhäuser auftauchen; es sind die Wohnungen des männlichen Pflegepersonals, von welchem 80% verheiratet sind.

Die Anstalt ist gewiß noch in mancher Richtung verbesserungsfähig; es sind auch schon bestimmte Pläne vorhanden, die wohl demnächst zur Ausführung kommen werden. Aber auch in der jetzigen Gestalt legt das Wäxjö-Hospital rühmliches Zeugnis ab von dem, was ein fester Wille und liebevolle Hingabe an die Sache auch aus einer alten Anlage machen kann.

Die Familienpflege hat sich in Korsberga inmitten einer schon seit nahezu 100 Jahren mit Geisteskranken vertrauten Bevölkerung sehr bemerkenswert entwickelt. Gegründet wurde sie im Jahre 1837 durch den naturwissenschaftlich und medizinisch vorgebildeten Pfarrer Johann Pontèn, welcher den Geisteskranken besonderes Interesse und Verständnis entgegenbrachte und Korsberga bald zu einem schwedischen Gheel machte. Nachdem nach seinem Tode sein Sohn und dann eine Enkelin eine zeitlang das Werk in derselben Weise fortgesetzt hatten, machte sich doch das Bedürfnis einer modernen Organisation bemerkbar. Auf Dr. Lindells Anregung erfolgte dann die Eingliederung der Familienpflege in die offizielle Irrenfürsorge. Seitdem kommen die Kranken nicht mehr, wie es früher vielfach geschah, zuerst in die Familienpflege und von dort, vielfach schon mit verschlechterten Heilungsaussichten, in das Hospital sondern sie werden umgekehrt von diesem in die Familienpflege abgegeben, wenn ihr Zustand sie dafür geeignet erscheinen läßt. Zurzeit sind über 130 Kranke in 49 Familien untergebracht. Jedes Haus bekommt 1 bis 4 Kranke gegen eine Tages-Entschädigung von 60 bis 100 Ör, je nach dem Zustand und der Arbeitsfähigkeit des Betreffenden. Eine kleine Zentrale für 9 männliche und 6 weibliche Kranke wird demnächst fast auf das Doppelte vergrößert werden. Die dort wohnende Oberin besucht alle Kranken mehrmals wöchentlich, das Gleiche tun der Direktor des Wäxjö-Hospitals und der Inspektor des Irrenwesens in größeren Zwischenräumen.

Leider war es mir diesmal nicht möglich, die Familienpflege aus eigener Anschauung kennen zu lernen, was um so lohnender gewesen wäre, als auch die dortige Gegend von hohem landschaftlichen Reiz sein soll. Vielleicht erscheint es überhaupt anmaßend, wenn ich hier auf Grund einer so oberflächlichen Lokalkenntnis das Wort zum Lobe der schwedischen Irrenfürsorge ergreife. Meine Absicht dabei war nur, die Fachgenossen, die ja vielfach zur Erholung die skandinavischen Länder bereisen, auch zu einem gelegentlichen Besuch der schwedischen Irrenanstalten anzuregen. Ich glaube, daß sie ihre Freude daran haben werden.

Eröffnung der Großherzoglich Badischen Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz.

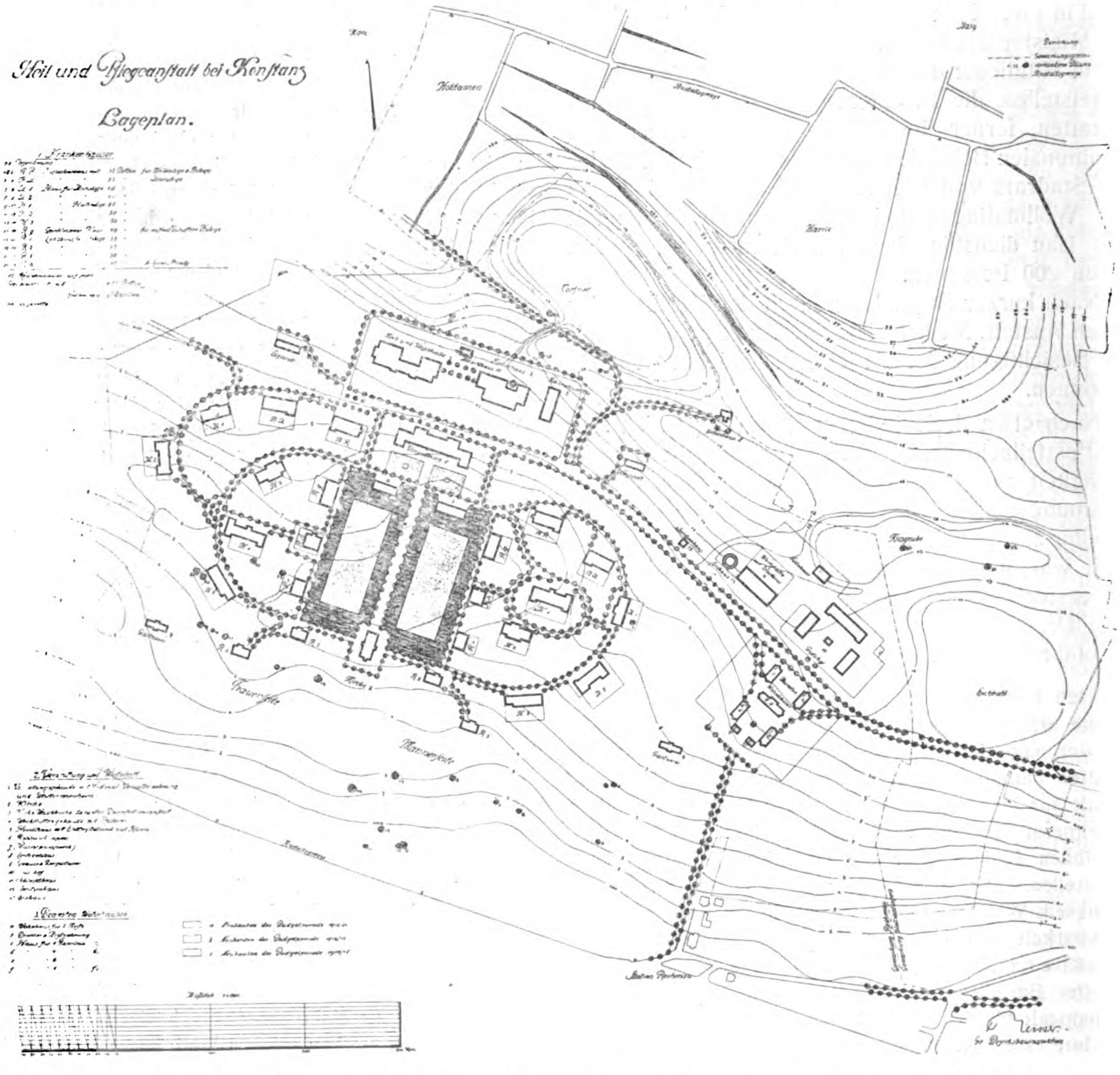
Am Samstag, 11. Oktbr. 1913, wurde in Gegenwart zahlreicher Gäste die in den letzten 4 Jahren erbaute Großherzogliche Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz in feierlicher Weise ihrer Bestimmung übergeben. Erschienen waren auf Einladung des Ministers des Innern, Dr. Freiherr von Bodman, Finanzminister Dr. Rheinboldt, der Minister des Kultus und Unterrichts Dr. Böhm, sowie Mitglieder der Ministerien und der beteiligten Mittelstellen, die Direktoren der staatlichen Irrenanstalten, ferner die Spitzen der staatlichen und kommunalen Behörden aus Konstanz, die Mitglieder des Stadrats von Konstanz und des Gemeinderats von Wollmatingen und Reichenau, sowie die mit dem Bau dienstlich befaßten Beamten, im ganzen gegen 200 Personen.

Nach kurzer Begrüßung durch den Direktor der neuen Anstalt, Medizinalrat Dr. Oster, wurde mit der Besichtigung der bis jetzt vollendeten Gebäude begonnen.

Nach etwa dreistündigem Rundgang trafen sich die Festteilnehmer, hochbefriedigt über die Zweckmäßigkeit von allem Gesehenen, in dem großen stimmungsvollen Festsaal, in dem die Büste des Großherzogs, von Planzengrün umrahmt, aufgestellt war, um einen einfachen Imbiß einzunehmen. Als erster Redner erhob sich der Minister des Innern Dr. Freiherr von Bodman und führte ungefähr folgendes aus:

Ich hoffe, daß Sie bei Ihrem Rundgang gute Eindrücke erhalten und die Überzeugung gewonnen haben, daß der badische Staat in dieser Anstalt ein Werk geschaffen hat, das seinen Zweck, eine Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke zu sein, erfüllen wird. Herr Geheimerat Glockner wird nach mir das Wort ergreifen, um Ihnen Einiges über die Geschichte dieses Werks mitzuteilen. Mir aber liegt es ob, Allen zu danken, die an diesem Werk mitgearbeitet haben. In wehmutsvoller Dankbarkeit gedenke ich zunächst des verewigten Großherzog Friedrichs I., der, wie allen Werken der Barmherzigkeit, so auch dem Gedanken einer Irrenanstalt für den Seekreis von Anbeginn sein gnädigstes Interesse zugewendet und der Durchführung des Gedankens seine Zustimmung und Förderung hat zuteil werden lassen. Ehrfurchtsvoller Dank gebührt dem regierenden Großherzog, der die Anforderung der Mittel für diese Anstalt genehmigt und ihre Entstehung mit gnädiger Teilnahme verfolgt. Großherzogin Luise hat die Anstalt mit ihrem Besuche beehrt und die Gnade gehabt, zur würdigen Ausstattung des Betsaales durch Stiftung des Kreuzes und der Altardecke beizutragen. Für ihre Zustimmung zur Anforderung an die Stände habe ich zu danken den Mitgliedern des Staatsministeriums, wobei ich in Trauer meines Herrn Amtsvorgängers, des Ministers Dr. Schenkel und des ebenfalls heimgegangenen Finanzministers Dr. Honsell gedenke, dessen Heimat die Reichenau gewesen ist. Ich gedenke in Dankbarkeit der Landstände, bei denen die Vorschläge der Regierung zur Ausgestaltung der Irrenpflege und insbesondere auch der Vorschlag einer besonderen Anstalt für den Seekreis volles Verständnis gefunden und die in opferwilliger Weise den erheblichen Anforderungen zugestimmt haben, die zur Durchführung der staatlichen Irrenfürsorge gestellt werden mußten. Zu danken habe ich den Gemeindeverwaltungen von Reichenau und Wollmatingen, die der Geländeerwerbung für die Anstalt nicht nur keine Hindernisse bereitet, sondern sie bereitwillig unterstützt haben, und der Stadtverwaltung Konstanz, die zunächst einen Platz auf ihrer Gemarkung angeboten, dann aber bei der Auswahl dieses Platzes tatkräftig mitgewirkt und ihn in mühevoller Verhandlung mit den Grundbesitzern für den Staat erworben hat. Sodann aber danke ich von Herzen Allen, die das Werk geschaffen haben und zwar an erster Stelle Herrn Ministerialdirektor, Geheimer Rat Dr. Glockner, der von Anfang an der geistige Leiter des Unternehmens gewesen ist und ihm wie der gesamten Irrenfürsorge seine ganze Kraft umsichtig, hingebungsvoll und unermüdlich gewidmet hat, den Direktoren der Irrenanstalten, unter deren sachverständigem Rat die Auswahl des Platzes, die Aufstellung des Bauprogrammes, die Ausarbeitung der Pläne und ihre Ausführung erfolgt ist, dem Medizinalreferenten und den bau- und maschinentechnischen Referenten des Ministeriums, dem früheren Bezirksbauinspektor in Konstanz Professor Engelhorn und dem jetzigen Bezirkbauinspektor Reiser, endlich allen ihren Hilfsarbeitern, den Unternehmern, Handwerksmeistern und der gesamten Bauarbeiterschaft. Und nun übergebe ich die Anstalt dem Direktor Herrn Medizinalrat Dr. Oster. Sehr verehrter Herr Direktor! Sie haben in langjähriger ersprießlicher Tätigkeit in der Anstalt Illenau an der Seite des Altmeisters Schüle sich als tüchtiger Irrenarzt und Verwaltungsbeamter hervorragend bewährt und sodann seit 1. Juli d. Js. die schwierige Arbeit der Einrichtung und der Vorbereitung des Betriebs dieser Anstalt übernommen. Am 15. Oktober werden die ersten Kranken in die neue Anstalt einziehen. Diese Kranken kehren aus anderen Anstalten zurück in die heimische Umgebung, in die Nähe ihrer Angehörigen und werden, soweit ihr Geistesleben solchen Eindrücken noch zugänglich ist, dies dankbar und als Linderung ihrer Leiden empfinden. Auch den später aus der Familie in die Anstalt gelangenden Kranken und ihren Angehörigen wird es eine Wohltat sein, daß die Anstalt nahe der Heimat liegt. Sie, Herr Direktor, und alle Ihre Mitarbeiter, insbesondere auch das gesamte Wärterpersonal werden den Betrieb der Anstalt so gestalten und durchführen, daß die Kranken, soweit es die Natur ihres Leidens zuläßt, sich auch in der Anstalt heimisch fühlen werden und daß die Angehörigen der Kranken die Überzeugung gewinnen, es geschehe hier alles zur Heilung und, wo diese

nicht möglich ist, zur Milderung der schweren Leiden, die in dem Wort Geisteskrankheit eingeschlossen liegen. Dann wird die Anstalt bei Konstanz für Tausende Segen wirken und von Tausenden Dank ernten. Und nun lassen Sie uns, meine verehrten Damen und Herren, in dem Augenblick da ein Werk staatlicher Fürsorge seine Tätigkeit beginnen will, in ehrerbietiger Dankbarkeit und Verehrung des Trägers der Staatsgewalt, S. K. H. des



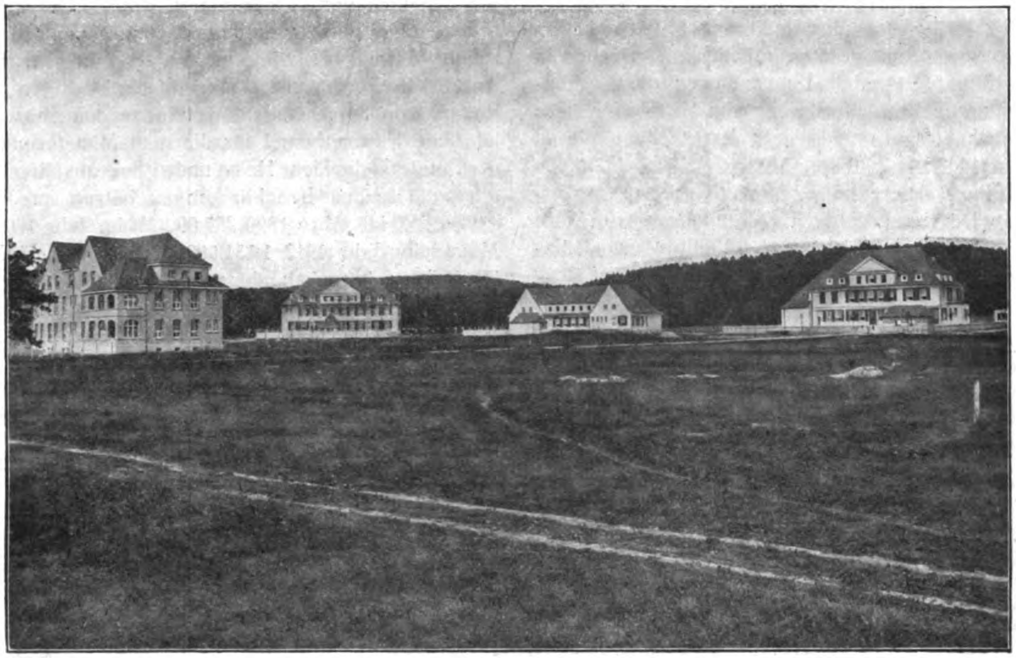
Großherzogs gedenken, des erhabenen Schirmherrn der Schwachen und Kranken, unter dessen Schutz und Fürsorge auch diese Anstalt gestellt sei, indem Sie mit mir rufen, S. K. H. der Großherzog lebe hoch!

Nachdem die begeistert aufgenommenen Hochrufe verklungen waren, ergriff Ministerialdirektor Geheimer Rat Glockner das Wort zu folgenden Ausführungen:

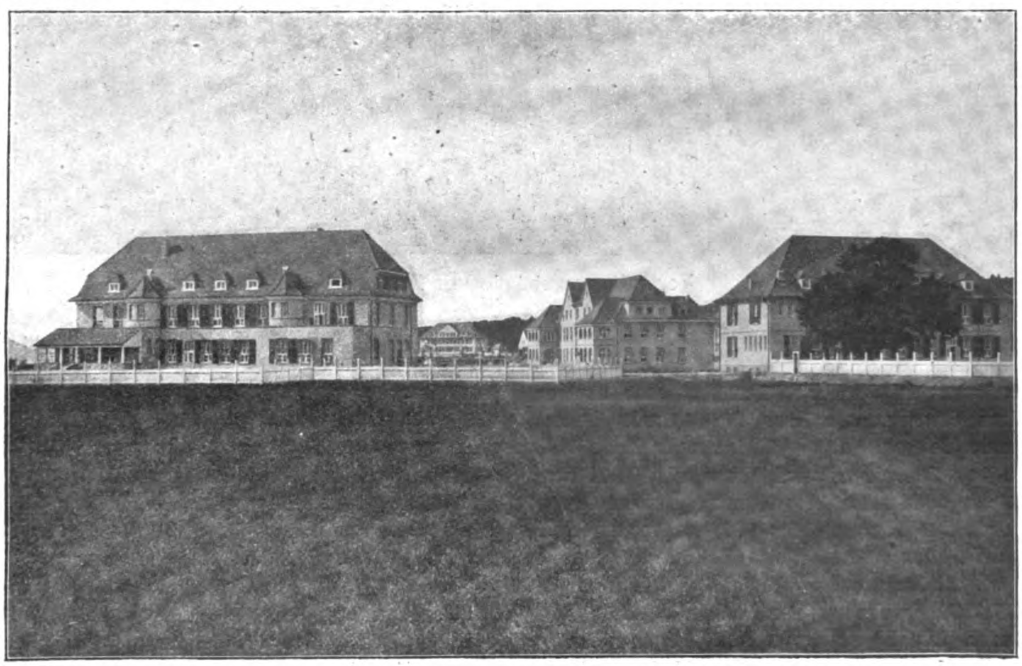
Als administrativer Referent des Ministeriums des Innern für Anstaltsbauten darf ich zunächst namens aller der Beamten, die an dem Bau dieser Anstalt mitzuwirken berufen waren, dem Herrn Minister des Innern herzlich Dank sagen für die freundlichen Worte der Anerkennung, die er soeben unserer Arbeit gezollt hat. Da ich mit diesem Bau von seinen ersten Anfängen an dienstlich befaßt war, kann ich es am besten beurteilen, welcher Summe von hingebender Arbeit in einträchtigem Zusammenwirken aller Beteiligten es bedurfte, um trotz mannigfacher Hemmnisse, unter denen auch Schwierigkeiten des Geländes und Lohnkämpfe nicht fehlten, die Anstalt zu dem von Anfang an festgesetzten Termin, Oktober 1913, zum Bezug fertigzustellen.

Die Einhaltung dieses Termins war aber auch im Hinblick auf die Lage der Irrenfürsorge des Landes dringend nötig. Dank der verständnisvollen Beurteilung, die die Anforderungen der Regierung bei den Landständen fanden, sind ja in den letzten 3 Jahrzehnten für den Neubau der Anstalten Emmendingen, Wiesloch und Kon-

stanz, für die Modernisierung der in den Jahren 1837/42 mit einem Aufwand von 971 675 M erstellten Anstalt



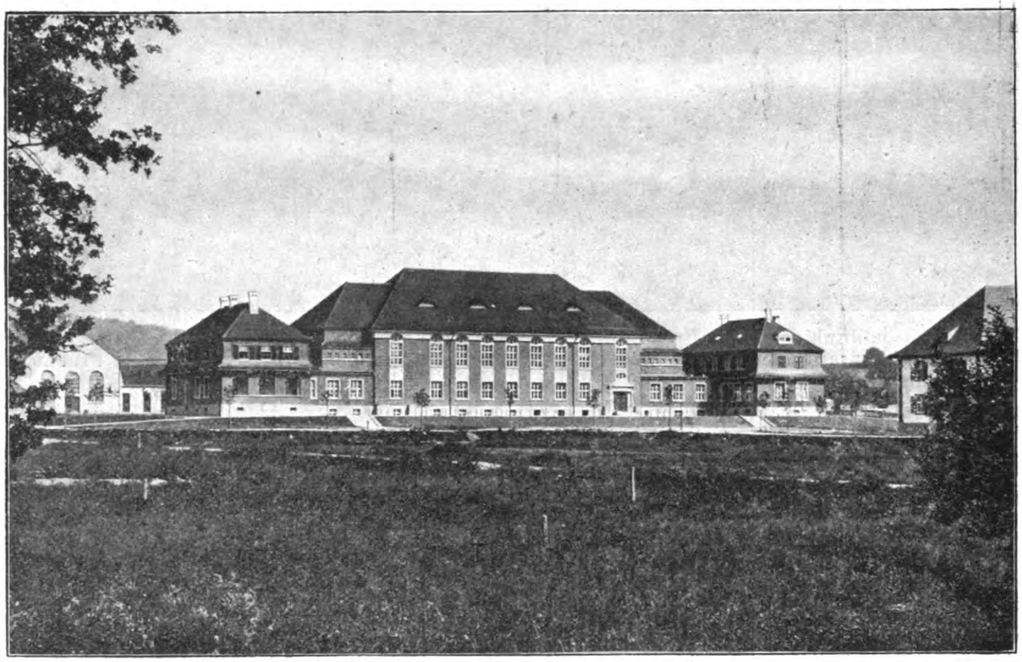
Haus für 60 halbruhige Frauen mit Lazarett- u. Tuberkuloseabteilung. Haus für 40 unruhige Frauen. Aufnahmehaus für 25 unruhige Frauen. Aufnahmehaus für 35 ruhige Frauen.



Haus für 40 unruhige Männer. Haus f. 60 halbruhige Männer m. Lazarett- u. Tuberkuloseabteilung. Haus für 40 unruhige Männer.

Illenau und für unverschiebliche Verbesserungen in der alten Anstalt Pforzheim überaus große Aufwendungen — seit 1884 und einschließlich des Jahres 1913 rund 18 Millionen im außerordentlichen Etat, somit im Durchschnitt in jeder Budgetperiode 1,2 Millionen — gemacht worden, wovon auf Illenau 1,8 Millionen, auf Emmendingen 5,5 Millionen, auf Wiesloch 6,5 Millionen, auf Pforzheim 0,25 Millionen und auf Konstanz 3,7 Millionen entfallen. Und

trotzdem ist die Lage der Irrenfürsorge des Landes heute noch keine befriedigende. Die veraltete Anstalt Pforzheim, für deren Ersatz durch eine neue Anstalt schon auf dem Landtag 1864/65 von der Regierung Mittel angefordert worden waren, mit deren allmählichem Aufgehen in der 1889 eröffneten Anstalt Emmendingen die Begründung für die erstmalige Anforderung von Mitteln für diese Anstalt gerechnet hatte und deren Ersatz dann die in den Jahren 1902/10 erstellte Anstalt Wiesloch bilden sollte, beherbergt heute immer noch über 500 Geisteskranke und wird voraussichtlich noch mindestens 6 Jahre bis zur Eröffnung der auf dem letzten Landtag grundsätzlich genehmigten großen, bei vollem Ausbau auf 2000 Kranke berechneten Anstalt bei Rastatt für die Versorgung von Geisteskranken nicht entbehrt werden können. Und erst mit dem Ausbau von Rastatt darf eine nachhaltige Besserung in der Überfüllung unserer übrigen Irrenanstalten erwartet werden. Die Anstalt Illenau, deren normale Belegung etwa 550 ist, wies Ende 1912 680 Kranke auf, die beiden Irrenkliniken mit je 110 normalen Plätzen zusammen 279 Kranke, Emmendingen, das nach dem Bauprogramm für 925 Kranke bestimmt ist, war Ende 1912 mit 1394 Kranken belegt, nachdem es kurz vor der Eröffnung der Anstalt Wiesloch, Ende August 1905 1530 Kranke aufzuweisen hatte, und Wiesloch, das nach dem Bauprogramm 1066 Kranken Platz gewähren soll, hatte Ende 1912 einen Krankenbestand von 1239 Kranken; im ganzen ergibt sich somit auf Ende 1912 auch bei Anrechnung von rund 500 Plätzen in Pforzheim eine Überbelegung unserer Staatsanstalten mit 831 Kranken. Insgesamt waren Ende 1912 in den badischen staatlichen Irrenanstalten untergebracht 4 103 Kranke gegen 2 407 im Jahre 1900, gegen 1581 im Jahr 1890 und gegen 1141 im Jahr 1880. In den 12 Jahren 1900/1912 betrug die Zunahme der in den staatlichen Anstalten untergebrachten Geisteskranken im ganzen 1696, somit im Durchschnitt jährlich 141, während in einer Denkschrift unserer Anstaltsdirektoren vom Jahr 1901 ein künftiger jährlicher Bedarf von 80 Anstaltsplätzen angenommen war. Der jährliche Nettoaufwand für die dem Ministerium des Innern unterstehenden Heil- und Pflegeanstalten — also ohne die beiden Irrenkliniken — betrug im Jahr 1880 140 000 M, im Jahre 1890 287 000 M, im Jahr 1909 410 000 M und im Jahr 1912 1 151 000 M, nämlich 4,5 Millionen jährlich an Ausgaben, denen rund 3,4 Millionen an Einnahmen gegenüberstehen.



Verwaltungsgebäude mit Festsaal.

Zu den 4100 Ende 1912 in den staatlichen Anstalten untergebrachten Geisteskranken kommen dann noch 1320 geisteskranke Insassen der Kreispflegeanstalten, ferner 870 Schwachsinnige, Idioten und Epileptische in den charitativen Anstalten Herthen, Mosbach und Kork, und weitere 460 keiner psychiatrischen Behandlung bedürftige Geisteskranke, die in einer Anzahl von Pfründneranstalten, insbesondere im Oberland untergebracht sind, so daß wir auf 31. Dezember 1912 im ganzen 6757 in Anstalten untergebrachte Geisteskranke zählen, bei einer Bevölkerung von 2 142 000 Seelen somit auf 1000 Einwohner schon 3,1 Anstaltspfleglinge und davon nicht ganz 2, genau 1,91 in staatlichen Anstalten.

Die Gründe der erwähnten Zunahme der Geisteskranken, insbesondere in unseren staatlichen Anstalten, die in gar keinem Verhältnis steht zu der Zunahme der Bevölkerung, liegen wohl nicht in einer Zunahme der absoluten Zahl der Geisteskranken. Die Entwicklung

unserer Verhältnisse mag dazu geführt haben, daß mancher, der in früheren Zeiten gar nicht als geisteskrank aufgefallen wäre, heute als solcher behandelt wird; auch hat die Vertiefung der psychiatrischen Wissenschaft zweifellos die Grenzlinie zwischen Geisteskranken und Gesunden etwas verschoben, so daß mancher, an dessen geistiger Gesundheit zu zweifeln früher niemand Anlaß fand, heute zu den Geisteskranken gerechnet wird. Nach der Ansicht namhafter psychiatrischer Sachverständiger darf man aber wohl annehmen, daß nicht die absolute Zahl der Geisteskranken, sondern nur die Zahl der anstaltsbedürftigen Kranken sich so stark vermehrt hat. Diese Zunahme der Anstaltsbedürftigkeit und der stärker als die Bevölkerungszunahme steigende Bedarf an Anstaltsplätzen, der in gleicher Weise wie bei uns sich auch in andern Ländern zeigt, wäre demnach in erster Linie damit zu erklären, daß früher sehr viele Geisteskranke außerhalb der Anstalten verpflegt wurden, deren Verpflegung unter den heutigen Verhältnissen in den vielfach engen Mietwohnungen nicht mehr möglich ist, daß andererseits die Scheu vor den Irrenanstalten in erfreulicher Weise im Schwinden begriffen ist, wozu wie ich hoffe, auch Ihr heutiger Besuch beitragen wird. Das ist aber im Interesse der Heilung dieser Kranken nur durchaus zu begrüßen, denn es kann doch auch dem Laien nicht zweifelhaft sein, daß eine moderne Irrenanstalt, die, wie Sie gesehen haben, lediglich ein Krankenhaus ist und nichts anderes, und in dem keinerlei Geheimnisse zu verbergen sind, für die Heilung einer beginnenden Psychose viel günstigere Bedingungen bietet als eine Verpflegung in der Familie oder in Erholungsheimen, Sanatorien und dergleichen. In diesem Sinn ist die Zunahme des Bedarfs von Anstaltsplätzen, die ja bei der Aufstellung des Staatsbudgets nicht selten sich recht unangenehm fühlbar macht, ein Zeichen steigender Kultur und zunehmenden Verständnisses für die Natur der Geisteskrankheiten, und wir dürfen daraus die Hoffnung schöpfen, in absehbarer Zeit den Bedarf an neuen Anstaltsplätzen auf eine dem Bevölkerungszuwachs entsprechende Zahl sinken zu sehen.

Die Geburtsstunde der neuen Anstalt, deren erster Ausbau nunmehr abgeschlossen ist, liegt schon ziemlich weit zurück. Im Budget 1900/01 waren Mittel angefordert zu Vorarbeiten für die Errichtung e i n e r neuen Irrenanstalt als Ersatz für die veraltete Anstalt Pforzheim, wobei es als einer weiteren Prüfung bedürftig bezeichnet wurde, ob nicht statt e i n e r Anstalt mit 1000 Betten vielleicht zweckmäßiger zwei kleinere Anstalten mit zunächst je 500 Pfleglingen zu errichten wären. Bei der Beschlußfassung über diese Anforderung gelangte in der Zweiten Kammer am 20. Februar 1900 eine Resolution zur Annahme, daß als Ersatz für die Anstalt Pforzheim zwei neue Anstalten errichtet werden sollten, die eine in Pforzheim oder sonst irgendwo im Unterland, die andere im Landeskommissariatsbezirk Konstanz. Dieser Resolution trat die Erste Kammer am 20. April 1900 bei mit der Änderung, daß die für das Oberland bestimmte Anstalt auch in einem andern Bezirk als in dem Landeskommissariat Konstanz errichtet werden kann. Nicht leicht war die Platzwahl. Im ganzen wurden gegen 30 Plätze angeboten und 16 davon auf den Gemarkungen Konstanz, Wollmatingen, Reichenau, Radolfzell, Güttingen, Überlingen im Ried, Böhringen, Singen, Stockach und Thiengen von dem damaligen Minister Dr. Schenkel und den psychiatrischen Sachverständigen besichtigt, von denen schließlich der Platz bei der Station Reichenau wegen der Nähe und leichten Erreichbarkeit einer größeren Stadt mit ihren mannigfachen für Kranke und Anstaltsbeamte wichtigen Annehmlichkeiten gewählt wurde.

In einem Nachtrag zum Budget für die Jahre 1902/03 wurden sodann neben einer ersten Anforderung für die bei Wiesloch zu erstellende Unterländer-Anstalt 10 000 M zu Vorarbeiten für eine neue Irrenanstalt bei der Station Reichenau angefordert und von der Zweiten Kammer am 27. Juni 1902, von der Ersten Kammer am Tage darauf, genehmigt.

Aus finanziellen Gründen wurden zunächst die verfügbaren Mittel für den Ausbau der Anstalt Wiesloch verwendet, die dann auch schon im Oktober 1905 mit 200 Krankenplätzen eröffnet werden konnte. Bezüglich der Anstalt bei Konstanz mußte man sich zunächst auf die Projektbearbeitung beschränken, wobei bald der urspüngliche Plan, die Anstalt nur bis zu 400 Plätzen auszubauen, fallen gelassen und die Bettenzahl auf 910 bestimmt werden mußte. Erst im Nachtrag zum Budget für die Jahre 1908/09 erschien eine erstmalige Anforderung von Mitteln zum Anstaltsbau, speziell für Herstellung der Zufahrtsstraßen und der provisorischen Wasserversorgung, die im Winter 1909/10 zur Ausführung gelangten, so daß im Sommer 1910 auf Grund der Bewilligung von 1 466 000 M im Budget 1910/11 mit dem Bau der Hochbauten, zunächst des Werkstättengebäudes begonnen werden konnte, in dem das Bureau und die Arbeiterkantine Unterkunft fanden.

Im ganzen sind bis jetzt 3 639 000 M für diese Anstalt bewiligt, und damit außer den Verwaltungs- und Betriebsgebäuden, von denen der Gutshof allerdings erst im nächsten Jahr fertig gestellt werden soll, und 3 Beamtenwohnhäusern, 10 Krankenhäuser mit zusammen 400 Betten, je 2 Aufnahmehäuser, je 2 Häuser für Unruhige und 1 großes Haus für halbruhige, speziell sieche Kranke auf jeder Geschlechtsseite erstellt worden, die nun von der nächsten Woche ab mit Kranken belegt werden sollen. Dazu sollen in der nächsten Budgetperiode, für die ein Betrag von 1 340 000 M angefordert werden soll, sechs weitere Krankenhäuser für halbruhige und aufsichtsbedürftige Ruhige mit zusammen 280 Betten, die Kirche, das zweite Ärztewohnhaus und Beamtenwohnhäuser für 8 Beamtenfamilien erstellt werden, während der Rest des Bauprogramms, 8 Häuser für ruhige Kranke mit zusammen 230 Betten, die Infektionslazarette, und das Schlachthaus erst in den Jahren 1916/17 zur Ausführung gelangen sollen. Der Gesamtaufwand beträgt nach dem Voranschlag vom Dezember 1909, der freilich die seither eingetretene Steigerung der Löhne nicht vorhersehen konnte, 5 800 000 M. Davon entfallen auf die Krankenhäuser rund 2,3 Millionen, auf Verwaltungs- und Wirtschaftsgebäude rund 1,4 Millionen, auf Beamtenwohnhäuser 266 000 M,

auf Geländeerwerbung 400 000 M, auf Straßen 150 000 M, auf Kanalisation einschließlich Tiefdrainage 320 000 M, auf Wasserversorgung 325 000 M, auf die Fernheizung und Fernwarmwasserversorgung 348 000 M.

Möge nun die neue Anstalt, das ist insbesondere auch der Wunsch aller derer, die an dem Bau mitzuarbeiten berufen waren, sich ebenso wie ihre älteren Schwesteranstalten bewähren als ein Segen für die Kranken, zu deren Heilung sie bestimmt ist, das walte Gott.

Als dritter und letzter Redner erhob sich der Direktor der Großh. Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz, Medizinalrat Dr. Oster, um dem Minnister des Innern seinen und der übrigen Anstaltsbeamten und Angestellten Dank für das ihnen geschenkte Vertrauen und für die ermutigenden Worte auszusprechen.

Er übernehme, so führte der Redner u. a. aus, gern und freudig die Leitung der Anstalt, sei sich dabei aber wohl bewußt, vor welch große und ernste Aufgabe er gestellt sei und welch schwierige Arbeit und Verantwortung damit auf ihn übergehe. Redner betont seine eigene und seiner Mitarbeiter Bereitwilligkeit zu treuer Pflichterfüllung und gab der zuversichtlichen Hoffnung Ausdruck, daß auch die vorgesetzte Behörde sie dabei mit Rat und Tat unterstützen werde. Ein Unterpfand hierfür böten die soeben gehörten Worte des Ministers des Innern, des weiteren dankte der Redner der Regierung und den Landständen für ihren Anteil an dem Zustandekommen der Anstalt und ihrer zweckentsprechenden Einrichtung.

Kurz nach 7 Uhr führte der Sonderzug, der die Teilnehmer von Konstanz nach der Station Reichenau gebracht hatte, diese wieder nach Konstanz zurück.

(Karlsruher Zeitung, Staatsanzeiger für das Großherzogtum Baden, 14. Oktober 1913.)

Die Abbildungen sind der Beschreibung der Großherzogl. Bad. Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz in dem soeben erschienenen Werke: Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild (Halle, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung) entnommen.

Referate.

— Die niederösterreichischen Lande-Irren-Anstalten und die Fürsorge des Landes Niederösterreich für schwachsinnige Kinder. Jahresbericht 1910/11 und 1911/12. 2 Bände, 515 u. 493 Seiten. Erstattet vom Referenten für Wohlfahrtsangelegenheiten des Erzherzogtums Österreich unter der Enns Landesausschuß Hermann Bielohlawek.'

Dieser Rechenschaftsbericht gibt wie in den früheren Jahrgängen ein treues Abbild von dem regen Betrieb und den hervorragenden Leistungen der n.-ö. Landesanstalten bis in das kleinste Detail sowohl in wirtschaftlicher wie in ärztlicher Beziehung. Die Lektüre muß als außerordentlich lehrreich empfohlen werden.

Welch' schlimme Folgen es haben kann, wenn Angehörige den Kranken beim Besuch Messer aushändigen, lehren die in 1911/12 S. 176 mitgeteilten Fälle: in dem einen entriß der Kranke das Messer dem Besucher, der ihm die Zigarrenspitze abschneiden wollte, und stieß es sich in die Herzgegend.

Im Laboratorium der Anstalt Mauer-Öhling wurden Untersuchungen über Schädigung der Textilstoffe durch die gebräuchlichen Desinfektionsmethoden angestellt. Es wird auch mitgeteilt, daß sich dort die von Dungernsche Methode der Syphilisserodiagnose ganz gut bewährte (1911/12, S. 301). Auch nach dem Bericht 1910/11, S. 298, erwies sie sich „als recht brauchbar und zeigte in einer Reihe von Fällen, die von der serodiagnostischen Untersuchungsstation der Klinik Riehl nach der Originalmethode untersucht wurden, vollkommene Übereinstimmung". (Über die v. Dungern'sche Syphilisreaktion vgl. ds. Zeitschr. XV 1914 Nr. 42 S. 516—518.) Der neue Röntgenapparat wurde häufig benutzt.

Der Unterricht des Pflegepersonals wurde wie bisher eifrig betrieben und der Erfolg durch unter Vorsitz des n.-ö. Landesrates Dr. Lorenz abgehaltene Prüfungen festgestellt.

Den Berichten sind zweckmäßig mehrere Innen- und Außenansichten der Anstalten eingefügt. Bresler.

— Friedländer, Prof. Dr. A., Hohe Mark bei Frankfurt a. M.: Der Morphinismus, Kokainismus, Alkoholismus und Saturnismus. Mit besonderer Berücksichtigung seiner Heilung und Vorbeugung. Für Ärzte, Gewerbeinspektoren, Versicherungsgesellschaften. Jena 1913. Verlag von G. Fischer.

In kurzer anschaulicher Weise behandelt Verf. in dieser kleinen Broschüre obenstehende Gifte in ihrer akuten und chronischen Wirkung auf den menschlichen Organismus und bespricht im Anschluß daran die jeweilige Therapie.

Das kleine Schriftchen bietet ja für den Neurologen nichts wesentlich Neues, kann aber um so mehr den praktischen Kollegen als wichtiger Ratgeber empfohlen werden. Besonders sei auf die Behandlung der akuten Morphium-Vergiftung hingewiesen.

Heinicke, Großschweidnitz.

— Traugott, Dr. R., Breslau: Die nervöse Schlaflosigkeit und ihre Behandlung. III. Aufl. Würzburg 1913. Verlag von Curt Kabitzsch. Preis brosch. 2 M.

Besonderen Wert erhält die vorliegende Broschüre durch die im therapeutischen Teil zu findende kritische Zusammenstellung der uns in der Behandlung der Insomnie oft unentbehrlichen indirekten und direkten Schlafmittel. Aber auch sonst bietet das Büchlein manches weniger Bekannte und vieles Anregende. Ref. erinnert u. a. an die von Wilhelm Deutsch als objektives Symptom der oft geklagten und sonst schwer nachweisbaren chronischen Schlaflosigkeit ge-

fundene Hervorwölbung am nasalen Teile des oberen Augenlides; an die therapeutischen Winke bei der Behandlung der Enuresis nocturna (Pollakyurie; Amylen). Auch das Kapitel über die Prophylaxe der nervösen Agrypnie mit seinem Hinweis auf die Wichtigkeit einer vernünftigen Jugenderziehung: Das Kind ist der Vater des Mannes, sei u. a. hervorgehoben.

Heinicke, Großschweidnitz.

— Hinrichsen, Privatdozent Dr. O.: Unser Verstehen der seelischen Zusammenhänge in der Neurose und Freuds und Adlers Theorien. (Sonderabdruck aus Zentralbl. f. Psychoanalyse und Psychotherapie. Mediz. Monatsschrift f. Seelenkunde.) Wiesbaden 1913. Verlag von J. F. Bergmann.

Die vorstehende, interessante Arbeit ist für ein Referat ungeeignet; es empfiehlt sich, das Original nachzulesen. Hier nur soviel: Verf. spricht auf Grund scharfsinniger Erwägungen der Adlerschen Minderwertigkeitstheorie mehr Berechtigung zu, als der Freudschen Sexualtheorie; dabei zeiht er Freud der Inkonsequenz, wenn er neben der Libido und deren Sublimierung noch Ichtriebe anerkenne; mit dem Zugeständnis, daß die Libido nicht alles könne und nicht alles sei, falle die Libido im Freudschen Sinne und leiste nichts mehr als Erklärungsmoment.

Heinicke, Großschweidnitz.

— Stekel, Dr. Wilhelm: Nervöse Leute. Kleine Federzeichnungen aus der Praxis. Wien 1911. Verlag Paul Kuepler (Wallishaußersche k. u. k. Hofbuchhandlung).

Verf. schildert in diesem Buche die verschiedensten Gruppen nervöser Leute, wie sie sich und anderen das Leben erschweren; wir lernen die nervöse Frau, den nervösen Mann kennen. Optimisten und Pessimisten ziehen an uns vorüber und viele mehr. Die Art und Weise, wie Verf. alle diese Nervösen zeichnet, ist eine treffliche; die gelegentlich eingeflochtene Satire, humorvolle Wendungen lassen das Büchlein trotz unvermeidlicher Wiederholungen — Nervöse sind sich eben alle ähnlich — von Anfang bis zu Ende nie langweilig er-

scheinen. Hier und da zieht Verf. auch die Psychoanalyse zur Erklärung bestimmter Symptome heran, so manche Rätsel, die der Nervöse sich selbst und seinen Mitmenschen aufgibt, zu lösen versuchend; im allgemeinen treibt er aber in diesem Büchlein nur Oberflächenpsychologie. Heinicke, Großschweidnitz.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Konstanz.** Das Ritterkreuz des großherzoglich sächsischen Falkenordens ist Dr. Ewald Schön, Hausarzt an Dr. Binswanger's Kuranstalt Bellevue-Konstanz, verliehen worden.

Anstaltstechnisches.

— **Das Zeichnen der Wäsche in Heilanstalten** ist vielfach noch nicht praktisch eingerichtet. Es wird deshalb für manche Anstaltsleitung von Interesse sein, zu hören, daß man ausgeschriebene gewebte Namen heute vorteilhaft beziehen kann.

Die Namen werden auf einem feinen und starken Bande in den verschiedensten wasch- und kochechten Farben gewebt. Infolge einer patentierten Einrichtung kann man diese ausgeschriebenen Namen schon von 6 Dutzend Stück an haben und ist der Preis für die einmalige Anschaffung so gering, daß der einzelne Name je nach Länge nicht mehr als 2—4 Pfg. kostet. Viele Heilanstalten sind schon dazu übergegangen, die Wäsche der Anstalt, die der Angestellten (Ärzte, Schwestern, Wärter usw.) und auch zum Teil die der Kranken mit diesen ausgeschriebenen gewebten Namen zu versehen. Jedenfalls kann diese Art des Zeichnens der Wäsche auch aus sanitären Gründen nicht warm genug empfohlen werden.

Die Firma Trog & Co., Barmen-Rittershausen, liefert solche gewebten Namen an die Anstalten zu Vorzugspreisen. Muster sind von der Firma kostenlos zu haben.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 46. 14. Februar **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Über ein neuropsychologisches Grundgesetz. Von Dr. Ranschburg, Budapest. (S. 553.) — Warum denken wir im Wachen in Worten, im Traume in Bildern? Von Dr. Egon v. Koehler, Genf. (S. 555). — Alkoholforschungsinstitute. Von San.-Rat Dr. B. Laquer, Wiesbaden. (S. 558.) — Mitteilungen. (S. 560): Internat. Kongreß zur Fürsorge f. G.-Kr. 1916. — Referate (S. 560). — Therapeutisches. (S. 562.) — Personalnachrichten (S. 563.) — Anstaltstechnisches. (S. 564.)

Über ein neuropsychologisches Grundgesetz.

Vortrag mit experimentellen Demonstrationen, gehalten auf der Versammlung der deutschen Nervenärzte zu Breslau 1913 von Priv.-Dozent Dr. **Paul Ranschburg**, Budapest.

Untersuchungen des Vortragenden an Gesunden und Kranken im Laufe von 12 Jahren bezüglich des Verhaltens der Psyche gegenüber gleichzeitig oder in raschem Nacheinander einwirkenden flüchtigen Reizen, sowie bezüglich im Geiste neben- oder nacheinander auftauchender Vorstellungen aller Gebiete führten zur Feststellung gewisser psychologischer Gesetzmäßigkeiten. Dieselben lassen sich in folgendem Satze, als einem auf allen Gebieten der geistigen Betätigung gültig erweisbaren Grundgesetz zusammenfassen: „Sich berührende Inhalte und Vorgänge (Empfindungen, Vorstellungen, Strebungen) der Seele stören sich in ihrer selbständigen Entwicklung um so weniger, je heterogener, um so mehr, je homogener sie sind"; oder auch: „Das Gleichartige strebt je nach dem Grade seiner Gleichheit zur Verschmelzung in eine Einheit". Der letzteren Fassung meines sog. Grundgesetzes ähnliches hat vor 100 Jahren Herbart, später Lotze (Mediz. Psychologie) behauptet und aus der Einheit der Seele abgeleitet. Obwohl aus der empirischen Psychologie fast verschwunden, tritt eine neuerliche, gründlichere Feststellung der hierher gehörigen Erfahrungstatsachen, wenn auch anders formuliert, wieder bei Semon in seiner „Die Mneme" und besonders in seinem Werke „Die mnemischen Empfindungen" als Homophonie der Empfindungen, und als solche der mnemischen Empfindungen auf (1908 und 1909), u. zw. ohne Kenntnis meiner 7 Jahre vorher veröffentlichten ersten Mitteilungen über die Hemmung gleichzeitiger homogener Reizwirkungen.[1])

Die Behauptungen des Vortragenden sind ausschließlich induktiven, experimentell-psychologischen Forschungen entsprungen, ohne Kenntnis gewisser Analogien in den Anschauungen der vorgenannten Denker. Eine jede Deduktion des Vortragenden wurde durch die mannigfaltigsten experimentellen Untersuchungen erst auf ihre Richtigkeit geprüft.[2])

Vortragender findet in der Wechselwirkung der sich berührenden gleichartigen psychischen Inhalte die Erklärung des Einfachsehens der doppelten Netzhautbilder, des diotischen Einfachhörens, der Verschmelzung der isolierten Tastpunkte in Linien- und Flächenwahrnehmungen, dabei auch die der Verschmelzung von Tönen nahestehender Schwingungszahlen, gleichwie die der Tatsachen der Verschmelzung von Tönen mit verwandtem Schwingungsrhythmus (Konsonanz), die durch v. Frey in 1911 bis 1913 entdeckte Annäherung mehrerer, verschiedenen Tastkreisen zugehöriger tak-

[1]) Zeitschrift f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorg. Bd. 30 1912.

[2]) Eine ausführlichere Beschreibung meiner experimentellen Methodik sowie der Versuche selbst wie auch sämtlicher hieher gehörigen Tatsachen auf dem Gebiete der Empfindungen erschien eben jetzt im Bd. 66/67 der Zeitschrift f. Psychologie.

tiler Erregungen aneinander mit Tendenz zur Verschmelzung der schwächeren in die stärkere, die Verschmelzung gleichartiger bezw. verwandter Vorstellungen, die Bildung der Begriffe, den Vorgang der Abstraktion usw. usw.

Vortragender vermag mittels relativ recht einfacher Versuchseinrichtungen die Tatsachen dieser generellen Verschmelzungstendenz homogener Reizwirkungen auf dem Gebiete der Empfindungen und Vorstellungen im Einzelversuch gleichwie auch im Massenexperiment (mittels episkopischer Projektion der im Mnemometer tachistokopisch vorgeführten heterogenen bezw. homogenen Reizgruppen) mit absoluter Sicherheit zu demonstrieren. Simultane Reihen aus Buchstaben oder Zahlen nach dem Typus a b c d e f werden z. B. bei 1/5 bis 1/3 Sek. Expositionsdauer noch tadellos aufgefaßt, während Reihen vom Typus a b c d c e, oder a b c **d d** e unsicher, verspätet, zumeist aber defekt oder falsch a b c d-e, oder a b c d e, oder a b c d x e aufgefaßt werden. Ebenso wurden auch Reihen vom Typus a b c **m n** d, oder a b **m** c **n** d, also mit einander bloß ähnlichen Gliedern, wenn auch nicht so häufig, als die mit gleichen Elementen, dennoch bedeutend öfter als heterogene Reihen defekt, umgestellt (a b m n c d) oder gefälscht (a b m c x d) aufgefaßt.

Noch viel auffälliger sind die Illusionen, die sich einstellen, wenn einander gleiche bezw. ähnliche Elemente sich sukzessiv ablösen. Vierstellige Reihen, deren jedes Glied 1/7 bis 1/5 Sek. exponiert wird, wie a b c d, werden richtig, Reihen wie a **b b** c oder auch a **b** c **b** usw. werden als dreistellige, als a b c gesehen, wobei meist das spätere Element in das hogomene vorangegangene scheinbar spurlos verschmilzt. Diese Versuche gelingen in nahezu 100 Prozent, meist auch im wissentlichen Versuch.

In ähnlicher Weise wie die also begründeten Fehler der Auffassung sind mittels z. T. homogener Reihen aus Silben oder Worten, Bildern usw. die Fehler des Behaltens und Erinnerns, wie überhaupt die Mehrzahl der alltäglichen Falschleistungen des Wahrnehmens, Erinnerns und Handels, auf den verschiedenen Gebieten (Worte-, Namen-, Personengedächtnis usw.) als Manifestationen derselben Gesetzmäßigkeit erwiesen worden, wobei stets entweder Defekte des Verlaufes oder Illusionen in der Weise entstehen, daß die durch die Verschmelzung des x_2 in x_1 entstandene Lücke perseverativ oder assoziativ ausgefüllt wird.

Untersuchungen der Schumannschen, Wundtschen, Külpeschen, Marbeschen, Münsterbergschen Institute haben die Richtigkeit der vom Vortragenden behaupteten Erfahrungstatsachen festgestellt, wobei die Kontrollprüfungen überall mit den verschiedensten Methoden und Variationen angestellt worden waren.

In jüngster Zeit hat Stoll (Würzburg) die Schreibfehler, die sich beim Abschreiben sinnvoller sowie sinnloser Texte einstellen, als insbesondere auf der vom Vortragenden beschriebenen homogenen Hemmung beruhende festgestellt und solche Fehler unter Benützung obigen Prinzips haufenweise experimentell erzeugen können. Auch die Lese- und Sprachfehler faßt er als zu wesentlichem Teile auf diesem Vorgange beruhende auf. Meine Untersuchungen beweisen das Nämliche auf dem Gebiete der Druckfehler, gleichwie auf pathologischem Gebiete die dysarthrischen Sprachstörungen Hirnkranker wie auch dyslexische, dysgraphische Störungen nebst der gesteigerten Perseveration vornehmlich darauf beruhen, daß die zur Verschmelzung strebenden gleichen (visuellen, akustischen, motorischen) Elemente der Wortvorstellung infolge der verminderten Energie der Aufmerksamkeit sich nicht voneinander trennen lassen, daher Defekte, Umstellungen, Entstellungen, genau wie unter erschwerten Bedingungen auch bei *Normalen*, noch mehr bei Ermüdeten, auftreten.

Daß es sich aber hierbei nicht um ein bloß psychologisch bedingtes Verhalten, sondern um eine konstante Eigentümlichkeit der Nervensubstanz handelt, ergibt sich aus der Tatsache, daß denjenigen Vorgängen, denen psychologisch keine Manifestation entspricht, bei dieser Hemmung und Verschmelzung die bedeutendste Rolle zukommt. So ist z. B. sowohl der Reiz als auch die Empfindung eines Elementes E x_1 im Bewußtsein erloschen, an ihrer Stelle einem nachfolgenden Reiz entsprechend eine Empfindung E y aufgetreten, und dennoch wird durch die erstere Reizwirkung, die im Zentrum weiter bestehen muß, eine der E y nachfolgende Reizwirkung homogener Natur, x_2 nämlich, derart beeinflußt, daß ihr überhaupt kein psychologischer Parallelvorgang, keine E x_2 entspricht, trotzdem der Reiz x_2 ebenso stark war als der Reiz x_1, der eine vollwertige, ja sogar betonte Wahrnehmung auslöste.

Daß nun tatsächlich die Reizwirkung x_1 es war, welche die Entfaltung der Empfindung der Erregung x_2 hemmend beeinflußt hatte, beweist die Berechnung des Durchsetzungsvermögens der einzelnen Glieder simultaner oder sukzessiver Reihen. Dieselbe ergibt, daß in den Fällen, wo das zweitidentische Element verschwunden oder gefälscht wurde,

das erstidentische Element in seiner Durchsetzungsfähigkeit sich begünstigter erweist als sämtliche übrigen Glieder der Reihe. Dabei ist subjektiv von einer Verstärkung nie etwas zu merken.

Endlich sei kurz bemerkt, daß der willkürlichen Aufmerksamkeit auf diese Vorgänge der homogenen Hemmung bezw. Verschmelzung ein recht beschränkter Einfluß zukommt.

Aus dem psychologischen Verhalten ist nun für die nervenphysiologischen Vorgänge, die all den erwähnten Vorgängen zugrunde liegen, folgendes anzunehmen:

a) Werden innerhalb eines nervösen Zentrums zwei (oder mehrere) Neurone in den Zustand der gleichstarken Erregung gleicher Art (von gleichem Rhythmus) versetzt, so entsteht zwischen denselben eine Wechselwirkung. Dieselbe manifestiert sich in der Verflachung des selbständigen Charakters der den einzelnen Neuronen entsprechenden Erregungsfelder und der Vereinigung der Einzelwellen in eine gemeinsame Welle. Dieser Vereinigung der sich überdeckenden Wellen der gleichartigen Erregungen entspricht psychologisch die Verschmelzung der gleichen Inhalte in einen Inhalt. Je verschiedener die Art (der Rhythmus) der sich berührenden Erregungswellen ist, um so weniger führt die Überdeckung zur Vereinigung der Erregungswellen. Heterogene (bei maximaler Heterogenie: kontrastierende) Erregungen mögen sich eventuell verdrängen oder intensiv schwächen, sie beeinträchtigen sich nicht in ihrer selbständigen Entwicklung.

b) Ist die eine der homogenen Erregungen — durch welche Umstände immer bedingt — kräftiger als die andere, so verschmilzt die schwächere in die stärkere. Die kräftigere Welle resorbiert gleichsam die schwächere, die aktionsunfähig wird, während die erstere an Aktionsfähigkeit (Vermögen sich psychologisch klar durchzusetzen) zunimmt. Dieser Vorgang ist die eigentliche, von mir beschriebene homogene Hemmung, die stets mit Verschmelzung unzertrennbar einhergeht.

c) Ist der Vorgang der Ladung der Neurone ein sukzessiver, so hemmt meist die vorangegangene Erregung die ihr nachfolgende, ihr gleichartige. Die letztere wird geschwächt, die erstere nimmt retroaktiv an Aktionsfähigkeit zu. Dieses Verhalten mag sich nach größeren Zeitintervallen auch umkehren.

d) Die Erregungen der homogen geladenen Neurone zeigen auch wahre Fern- bezw. Feldwirkungen, indem sie sich, wenn auch dem Grade der Entfernung entsprechend geschwächt, über unerregte oder anders gestimmte, zwischenliegende Neurone hinweg, hemmend-verschmelzend beeinflussen.

e) Die Hemmung zeigt je nach der Zahl, Intensität, Flüchtigkeit, Entfernung der Reize bezw. Erregungen, sowie auch abhängig vom frischen oder erschöpften usw. Zustand des Nervensystems verschiedene Stufengrade.

f) Die Hemmung ist stets ein zeitlich verlaufender Vorgang, der sich gleichwie die Erregung selbst auf ganze Sekunden erstreckt, und gleichwie die Erregung selber in ihrem Verlauf Oszillationen erkennen läßt.

Warum denken wir im Wachen in Worten, im Traume in Bildern?

Von Dr. **Egon von Koehler,** Privatdozent an der Universität zu Genf.

Prof. Rud. Weber (Genf) hat diese Frage in seinen Vorlesungen aufgeworfen und dieselbe anläßlich eines Vortrages der Med. Gesellschaft (Genf) zur Diskussion vorgelegt, auch findet sich darüber in den Archives de Psychologie eine kleine Mitteilung. — In seiner wie auch dieser kleinen Mitteilung kann es sich selbstverständlich um nichts Erschöpfendes handeln. Der Zweck derselben soll sein, uns zum weiteren Eindringen und Studium der erwähnten Frage oder dieser Beobachtung anzuspornen, und wir wollen hier nur versuchen, Gründe anzugeben, warum dies gerade so ist und nicht anders.

Wir wissen, daß sich unser Seelenleben aus Empfindungen, Vorstellungen, Gefühlen und Strebungen zusammensetzt; auch sind wir der Meinung, daß der Traum eine Wunscherfüllung ist. Ferner können wir sagen, daß der Mensch, auch wenn es bei oberflächlicher Beobachtung nicht immer den Anschein hat, mehr oder minder Egoist ist und durch das Erhaltungs- und Lustprinzip bewußt oder unbewußt in seinem Tun und Handeln beeinflußt wird.

Daraus geht hervor, daß, wenn es dem Menschen ganz frei gestellt wird zu wählen, er immer das wählen und wünschen wird, was leichter erreichbar und angenehmer ist. Er wird das wählen, was seinen Wünschen am ehesten entspricht.

Durch die Traumanalyse (Arbeiten der Professoren Freud, Weber[1]) usw.) können wir her-

[1]) R. Weber, Rêverie et image. Archives de Psychologie Juin 1913.
R. Weber, Petite psychologie. Quelques rêves. Archives de Neurologie Juillet 1913.

ausbekommen, daß sich der Inhalt der Träume mit unserer Behauptung deckt, man kann sogar noch weiter gehen und sagen, daß das fast für alle psychischen Vorgänge gilt. Deshalb wäre es interessant herauszufinden, auf welchem der beiden in Frage kommenden Sinneswege und in welchem Schwierigkeitsverhältnis die größere Anzahl angenehmer Eindrücke in uns aufgenommen ist. Es ist unleugbar, daß wir durch das Auge von unserer frühesten Jugend an mehr Angenehmes empfunden haben als durch das Ohr, obwohl unser Erhaltungstrieb wie auch unser Lustprinzip hauptsächlich an diese beiden Sinne in fast gleichem Verhältnis gebunden ist. So orientieren wir uns über unsere eigene Person, Umgebung, Verhältnisse usw. durch das Gesicht, welches nur teilweise durch das Gehör unterstützt wird. Man kann sagen, daß wir durch das Gesicht konkret denken lernen, wogegen wir durch unser Gehör abstrakte Begriffe und Empfindungen in uns aufnehmen.

Konkret zu denken ist leichter als abstrakt. Ein Kind denkt konkret, es denkt also in Bildern — erst viel später, wenn es schon sprechen kann, beginnt es in Worten zu denken und das nur dann, wenn sein Auge durch konkrete Eindrücke in Anspruch genommen ist, so daß sich der Gedankeninhalt in Worte umsetzt.

Bei allgemeiner Beobachtung kann man sagen, daß ein Kind oder ein Ungebildeter an konkreten Eindrücken größere Freude hat als an abstrakten. So macht zum Beispiel ein Spielzeug einem Kinde größere Freude als der Gedanke an die Existenz Gottes. Das Sehen seiner Mutter löst beim Kinde ein größeres Gefühl aus als das bloße Hören ihres Namens. Außerdem fängt schon in den ersten Monaten seiner Existenz ein Kind an, sich für das, was es sieht zu interessieren, es greift mit seinen Händen danach und untersucht den betreffenden Gegenstand so gut wie möglich. (Aus diesem Schautrieb können wir die Zerstörrungstendenz und andere Partialtriebe eines Kindes ableiten.)

Später will es sehen wie es drinnen aussieht; z. B. es will sehen oder wissen, wie es im Innern einer Puppe aussieht. Auch ist der Wissensdrang, den wir bei den Kindern beobachten hauptsächlich visuell. Ein Bilderbuch macht ihnen größere Freude als das Zuhören beim Erzählen von Märchen. Der Schautrieb, den wir soeben berührten, ist den Kindern — man kann fast sagen — angeboren, dagegen wird denselben der Genuß beim Hören erst im Laufe der Zeit anerzogen.

Wie oft versucht man ein weinendes Kind damit zu beruhigen, daß man ihm verschiedene Gegenstände zeigt, welche die Aufmersamkeit desselben auf eine andere Gedankengruppe lenken sollen. Fast sämtliche Kinderspielzeuge sind auf diesem Prinzip konstruiert.

Auf Grund der gemachten Fortschritte können wir annehmen, daß ein Kind noch bevor es sprechen kann — ausgenommen wenn es Daltonist ist — rot als rot empfindet und grün als grün, aber erst durch sein Gehör wird es gelehrt den Eindruck, der ihm durch rot z. B. hervorgerufen wird — als eine Empfindung von rot zu verstehen und dieselbe so zu nennen und von anderen Farbeneindrücken wörtlich zu unterscheiden.

Jede Gesichtsempfindung hat eine bestimmte Quantität und eine bestimmte Intensität, die von dem Kinde als solche empfunden wird, noch bevor es imstande ist, den Modulus desselben in einen präzisen Ausdruck zu kleiden; d. h. noch bevor das Gehör und Sprachzentrum genügend entwickelt sind, um diese Empfindung in wörtliches Denken umzusetzen.

Wir können schon daraus ersehen, daß die Gehörsempfindung der Gesichtsempfindung in mancher Hinsicht und besonders in der bezüglich des Lusteffektes nachstehen dürfte. Auch können wir sagen, daß das Auge normalerweise der Erzieher des Ohres ist. Wohl gibt es Begriffe, die nur an einem dieser Sinne haften, so kann sich ein Taubgeborener kaum den Eindruck eines Donners vorstellen, gerade so wie ein Blindgeborener nicht imstande sein wird, sich das Bild eines Blitzes zu repräsentieren. Wir wollen aber hier nicht von pathologischen Veränderungen sprechen, die die normale psychologische Entwicklung beim Menschen hemmen.

Außerdem ist die Farbenharmonie primitiver als die Klangharmonie und wird, weil sie leichter zu empfinden ist, als angenehmer empfunden. Auch kommt erstere in der Natur vor, wogegen letztere nur Kunst ist. Es ist auch weniger Denkarbeit zum Empfinden der ersteren notwendig. Wie schon gesagt sind die Empfindungen, die wir durch das Auge aufnehmen, angenehmerer Natur, als die wir durch das Gehör erhalten, folglich sind es diese, die auch leichter verarbeitet werden.

Vom anthropologischen Standpunkt ist es interessant zu sehen, daß die Neger z. B. ihre Körper bemalten, um angenehmer auf ihre Umgebung zu wirken. Die Frauen profitieren auch noch heutzutage davon, nur in etwas raffinierterer Form; Toiletten, Kopfputz und Schmuck geben uns davon Zeugnis.

Es hat den Anschein als ob das Kind in frühester Jugend alles Hörbare nur als Geräusch empfinde.

ohne dadurch angenehm berührt zu werden. Auch ist es klar, daß jedes Geräusch durch seinen an und für sich störenden Charakter einen unangenehmen Eindruck auf das betreffende Wesen machen muß, besonders wenn es dazu dient — wie es meistenteils der Fall ist — den betreffenden kleinen Schläfer aufzuwecken. Als Reaktion haben wir oft Weinen und Schreien — es werden von Kindern auch im Wachen Gehörseindrücke mit viel geringerem Interesse aufgenommen als Gesichtseindrücke.

Spielt man einem Kinde z. B. einen Ton vor, sei es auf einer Violine oder einer Kindertrompete, so werden wir sehen, daß dasselbe nach dem betreffenden Instrument hascht, ohne, wenn dessen ungeachtet weiter gespielt wird, nach den Tönen zu lauschen. Es mag wohl Ausnahmen geben, diese eben bestätigen die Regel; wenn wir auch in manchen Fällen sehen, daß das Kind die Trompete zum Munde führt, so können wir unmöglich daraus schließen, daß es dieses des Tones halber tut, wie es im Falle, wenn auf der Geige gespielt wurde, dieselbe Bewegung gemacht hätte. Natürlich lenkt jedes Geräusch das Kind auf den Geräusch verursachenden Gegenstand, dieses aber eher deswegen, um seine Schaulust zu befriedigen, als in dem Geräusche etwas Angenehmes zu empfinden.

Freilich fängt jedes Kind an, sich später für Laute zu interessieren, es lernt sprechen, aber dieses wird auch durch Bilder und Gegenstände erleichtert. Visuell fassen wir leichter auf als auditiv, weil unser Gesicht viel früher als unser Gehör eine entsprechende Bildungsstufe erreicht. Die Ausbeutung dieser Beobachtung ist verwertet zu verschiedenen Zwecken, so z. B. in der Berlitz Schule, auch Bilder in den Lesebüchern haben zum Zweck das Erleichtern des Lesenlernen, gepreßte Buchstaben usw., alles dieses dient dazu, den Unterricht leichter und darstellender, d. h. angenehmer zugestalten. Um auf dem Gebiete der Gehörsempfindungen eine Harmonie zu erkennen, bedarf es schon eines höheren Denkvermögens.

Es ist schwerer einen Ton von einem zweiten zu unterscheiden, als eine Farbe von der anderen. Wenn wir 7 Grundfarben nehmen und diese mit den 7 Tönen, die in einer Oktave liegen, vergleichen, so können wir sagen, daß ein Kind leichter die ersteren, als die letzteren von einander zu unterscheiden erlernen wird. Wohl kann es sagen, ob der eine die Empfindung eines tiefen oder hohen Tones bei ihm ausgelöst hat, was aber bei den Farben nur dem Begriffe hell oder dunkel entsprechen würde. Wir können aus dem Vorhergesagten ersehen, daß wir nicht nur die größere Anzahl von Gefühlserlebnissen in unserer Kindheit durch das Gesicht in uns aufnehmen, sondern, daß die Gattung der durch das Auge aufgenommenen Empfindungen viel angenehmerer Natur ist als die der Eindrücke, welche uns durch das Gehör zum Bewußtsein gebracht wurde. Ebenso ist es mit den Vorstellungen, die die kindliche Seele beschäftigen.

Wenn wir die Reden kleiner Kinder, die bereits sprechen können, analysieren, so werden wir leicht herausbekommen, daß fast sämtliche Vorstellungen aus dem Bereiche des Angenehmen und Wünschenswerten entstammen. Es ist auch in fast jeder seiner Vorstellung ein Wunsch enthalten:

Ein Kind wünscht sich das, was es nicht hat, z. B. ein Schaukelpferd, eine Puppe, Soldaten, ein Automobil. Ja, es stellt sich im Traume sogar vor, daß es diesen oder jenen Gegenstand schon besäße. Aus dem Vorstellungsleben des Kindes läßt sich leicht der Imitationstrieb desselben ableiten. Es stellt sich vor, der Vater zu sein, und imitiert seine Gewohnheiten, z. B. Pfeife rauchen, reiten usw. Alles dieses wird vorher g e s e h e n und als etwas Angenehmes vom Kinde empfunden. Im allgemeinen sind wir unbefriedigt, wenn wir ein Buch mit wenigen Abbildungen lesen sollen. Das mag wohl daher kommen, weil Bilder unserer Vorstellung verhelfen, lebhafter zu werden, und dieses mit einem geringeren Aufwand von Energie. Außerdem weil wir dieselben mit konzentrierter Aufmerksamkeit studieren können und das Interessante der gelesenen Situation leichter herausfinden. Dieses Prinzip wird hauptsächlich zur Ausbeutung der Pornographie und der Schundromantik verwendet.

Unsere Träume sind dem Vorstellungsleben unserer Seele entnommeu. Vorstellungen sind größtenteils Bilder, an die sich Empfindungen und Strebungen und Gefühle knüpfen.

Wohl gibt es Träume, die durch einen äußeren Sinnesreiz (z. B. Gehör oder Tastsinn) angeregt oder ausgelöst werden. An das wird gewöhnlich im Traume das Sympolische oder Reelle assoziiert, was wir eben wünschen, d. h. es wird die Vorstellungsgruppe, welche dem angenehmsten Wunsche entspricht, in unsere Erkenntnissphäre eingeschaltet.

Wie schon gesagt werden die Elemente zu Vorstellungen fast ausschließlich durch das Auge aufgenommen. Die größere Anzahl angenehmer Engramme erhalten wir durch das Auge. Zu Engrammen werden nur Gegenstände, die uns interessieren. Jedes Interesse hängt aber von einem Empfinden des Angenehmen oder der Gefahr ab. Durch das Auge empfangen wir von Jugend an mehr angenehme Eindrücke als durch das Ohr. Folglich wird man auf demselben Wege leichter reprodu-

zieren können, d. h. man wird sich visuell leichter Angenehmes vorstellen können als auditiv. Ein Kind wird das, was es sich vorstellt — wenn es noch nicht in seinem Besitz ist — auf Grund des Lustprinzipes wünschen. Das Auge hat auch noch den Vorzug, sich unangenehmer Eindrücke oder Gefühle zu erwehren durch das einfache Schließen derselben oder nicht ansehen usw.

Den Eindruck, den Dissonanzen hervorrufen, können wir schwerer sublimieren. Es ist uns aber nicht gegeben, Töne oder Worte, die wir nicht hören wollen, tatsächlich nicht zu hören, wenn dieselben an uns gerichtet sind.

Wenn wir z. B. gescholten werden, so nehmen wir das daraus hervorgehende Unlustgefühl nolens volens durch das Gehör auf. Außerdem lernen wir in der Schule hauptsächlich auditiv und dies wird von den Kindern im allgemeinen als ein Zwang oder wenigstens als nichts Angenehmes empfunden; dasselbe gilt von den Befehlen, die eine Einengung der persönlichen Freiheit zur Folge haben. Unser aktives Streben wird durch die Erziehung, die sich hauptsächlich aus Erklärungen, Verbesserungen, Erzählen von Beispielen usw. zusammensetzt, geschmälert. Es wohnen im Kinde verschiedene Instinkte expansiver Art, die eben durch das Gehör in die richtigen Bahnen gelenkt werden. Im Unterdrückungsstadium eines Instinktes muß ein Unlustgefühl ausgelöst werden. Weiter ist eine Gefühlsumwandlung nur durch das Gehör zu bezwecken. Wir können aus dem Gesagten schließen, daß unser Seelenleben die größere Anzahl angenehmer Eindrücke durch das Auge empfängt.

Das ist das erste, was wir in unserer Abhandlung darzustellen versuchten. Jetzt einen Schritt weiter, um auf unsere Frage: „Warum denken wir im Wachen in Worten, warum im Schlafe in Bildern?" zurückzukommen.

Alkoholforschungsinstitute.

Von Sanitätsrat Dr. **B. Laquer**, Wiesbaden.

In jüngster Zeit ist es gelungen, eine Idee zur öffentlichen Diskussion zu stellen, deren Verwirklichung nach mancher Richtung ein Bedürfnis auszufüllen berufen ist. Die Unterlagen dieser Idee sind in einer Denkschrift zusamengefaßt worden; dieselbe erschien zusammen mit zwei anderen Aufsätzen des Verfassers („Mäßigkeit und Abstinenz", und „Alkohol und Nachkommenschaft") im Oktober dieses Jahres bei J. F. Bergmann, Wiesbaden. An dieser Stelle soll die Denkschrift auszugsweise veröffentlicht werden.

Der allgemeine Gedanke der Forschungsinstitute, in denen wissenschaftliche Arbeitspläne und -kräfte zur Lösung großer Probleme zusammengefaßt werden, stammt aus den Vereinigten Staaten. Solche Forschungsinstitute haben in allen Kulturländern, in denen sie eingerichtet wurden, Erfolge gezeitigt, z. B. bei dem Studium der Infektionskrankheiten, der bösartigen Geschwülste, der Zellbiologie u. a. Diese Arbeitsgemeinschaft soll nunmehr auch beim Studium des Alkoholismus verwirklicht werden. Von einem Reichsamt gegen die Trinkschäden war in Antialkohol-Zeitschriften schon 1909 die Rede. 1910/11 überreichte eine große Anzahl europäischer Gelehrter der schwedischen Regierung eine Denkschrift betr. eines Alkoholforschungsinstitutes auf internationaler Grundlage in Stockholm. In St. Petersburg leitet seit zwei Jahren Prof. von Bechterew eine Spezialklinik für Alkoholkranke nebst Versuchslaboratorien; im Carnegie Nutrition-Laboratory in Boston ist eine selbständige Abteilung mit gleichem Ziel geplant (s. u.). Die großen Lücken in der Physiologie und Pathologie des Alkohols ersieht der Kenner aus dem Kapitel von Prof. C. Rosenfelds kritischer Zusammenstellung: „Der Einfluß des Alkohols auf den Organismus" (J. F. Bergmann, Wiesbaden), die vor 12 Jahren erschienen; ebenso aus jedem Teil der „internationalen Bibliographie" von E. Abderhalden (Berlin 1904, Urban & Schwarzenberg). Die klassischen Kraepelinschen Versuche reichen ebenfalls so lange zurück. Ein englischer Eugenik-Forscher Pearson wies kürzlich auf Fehlerquellen in den bekannten Untersuchungen von Demme und Bezzola hin (vgl. den oben erwähnten Vortrag über „Alkohol und Nachkommenschaft" auf dem Londoner internationalen Ärztekongreß 1913). Zahlreiche neue biochemische Untersuchungsmethoden sind in dem letzten Jahrzehnt veröffentlicht, aber nur selten in der Klinik und im Experiment beim Studium des Alkoholismus angewandt worden; die Quinckesche Lumbalpunktion z. B. erst vor Jahresfrist auf den klinischen Abteilungen von Friedr. Müller-München und Nonne-Hamburg. Nicht einmal die Zahl der Alkoholkranken in Deutschland steht fest, geschweige denn Massenbeobachtungen über Geschlecht, Alter, Beruf, Herkunft der Kranken, über die Form und die Verur-

sachung der Trunksucht in den verschiedenen Volksschichten, über Zusammenhänge mit anderen Krankheiten.

Auch die psychologisch-kriminelle Seite (Unfallhäufigkeit, Auslösung von Verbrechen), die soziologische Seite der Krankheit, ihr Zusammenhang mit Ernährungs-, Steuer- und Wohnungsfragen, mit Wirtschaftskrisen, bedürfen systematischer Neuforschung. Professor Benedict-Boston (s. o.) versandte im Frühjahr dieses Jahres einen Fragebogen an zahlreiche europäische Physiologen zur Begutachtung und hebt hervor, daß die Alkoholprobleme so mannigfaltiger Art und so kompliziert seien, daß verschiedene Institute die von B. ausführlich aufgeführten Experimentalreihen ausführen und kontrollieren sollten. Deutschland und seine Nachbarländer Österreich, Schweiz, dürfen auf diesem Gebiete nicht zurückbleiben (vgl. den Aufruf). Die Ansprache unseres Kaisers vom 21. November 1910 (die gelegentlich der Einweihung der Marineschule in Mürwik gehalten wurde) hebt in eindrucksvoller Sprache die Bedeutung der Alkoholfrage für Charakterbildung, Wehrleistung und Volksgesundheit hervor.

Die Veröffentlichungen des Kais. Statistischen Amts („Quellmaterial zur Alkoholfrage", III. Aufl., Berlin, Mäßigkeits-Verlag), die Verhandlungen des in demselben Verlag soeben erschienenen Berliner Oster-Kongresses für alkoholfreie Jugenderziehung, die Schriften von Grotjahn, Schalck, Kaup, Weymann, Rubner, Tuczek, Weygandt, Gruber, Ziehen, des Verfassers u. a. schildern die Bedeutung der Frage für das Wirtschaftsleben und für die Aufzucht einer gesunden Jugend.

Der jetzige Moment ist um so geeigneter, als die im Januar vorigen Jahres zusammengerufene und in Nr. 36 der Münchener med. Wochenschrift geschilderte Pariser Alkoholforschungskonferenz und ihre Thesen durchaus unwissenschaftlich, ja irreführend und tendenziös zusammengesetzt waren. Der Instituts-Gedanke fand in allen ärztlichen Kreisen schon vor dem Londoner Kongreß lebhafteste Zustimmung. In London selbst interessierten sich die beiden Präsidenten des Kongresses, Sir Th. Barlow und Sir A. Gould, sowie Sir Victor Horsley, der Führer der britischen Anti-Alkoholbewegung, lebhaft für den Plan. Ein solches Institut soll selbständig mit Abteilungen: für Physiologie, Pathologie, Psychologie und Statistik eingerichtet werden, wie dies s. Z. Prof. Henschen für das geplant gewesene oben erwähnte Stockholmer Institut darlegte. Ein Anschluß an eine klinische Station für Alkoholkranke ist zweckmäßig; ein Laboratorium für Tierexperiment dürfte Bedingung sein. Als Ort kommen in Frage: Berlin, Hamburg, Bremen, Halle, Breslau, Königsberg, München, Leipzig, Köln, Dresden, Frankfurt a. M., weil in diesen Zentren zahlreiche wissenschaftliche Kräfte mit ihren Hilfsmitteln, Bibliotheken usw. in gegenseitiger Beeinflussung zu wirken imstande sind, und weil das Alkoholelend der Großstädte besonders geeignete Verhältnisse (Erkrankungen, Verbrechen usw.) zum Studium darbietet. Das Institut soll die Tatsachen voraussetzungslos, d. h. unabhängig und rein festlegen und darstellen, die alten auf ihre Zuverlässigkeit prüfen. neue hinzufügen, nur im Dienste der Verhütung und Bekämpfung einer Volkskrankheit; Tendenzen und Werturteile für oder gegen den Alkohol liegen solchem Institut fern. Die Ergebnisse sollen in Fachzeitschriften veröffentlicht werden, evt. später gesammelt erscheinen.

Für die Deckung der Geldmittel sind in Aussicht genommen:

1. der Staat, welcher die Trunksucht als Volkskrankheit zu bekämpfen und all der zahllosen, die Krankenhäuser, die Irrenanstalten, die Gefängnisse usw. ausfüllenden Opfer und Nachkommen der Trunksucht sich anzunehmen hat;
2. die Gemeinden, mit den gleichen pflichtgemäßen Interessen;
3. die Organe der Arbeiterversicherung (gesetzliche Pflicht der vorbeugenden Fürsorge);
4. Wohlfahrtseinrichtungen und Antialkoholorganisationen;
5. Menschenfreunde und Stifter (Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft, Berlin).

Solche Alkohol-Forschungsinstitute werden die Volksgesundheit und die Wehrkraft heben, das Wirtschaftsleben mittelbar fördern, die sozialen Lasten mindern. Sie bilden die Brücke zu jenen serologischen und experimentellen Laboratorien, wie sie in Zukunft jeder größeren Irrenanstalt angegliedert werden dürften; sie werden sich auch allmählich ausweiten zu rassen-biologischen und rassen-hygienischen Forschungen, wie letztere Lundborg und Kraepelin schon gefordert. Die Trunksucht gilt ja als eins der stärksten Rassen- und Keimgifte. In solchen Instituten wird endlich ein Hochziel der Hygiene, die Aufbesserung und Höherzüchtung von Familien, Stämmen und Völkern in Angriff genommen werden. (Autoreferat.)

Mitteilungen.

— **Internationaler Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke in Paris 1916.** Auf dem sehr anregend und glänzend verlaufenen internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke in Moskau (vom 8. bis 11. Januar dieses Jahres) wurde beschlossen, den nächsten derartigen Kongreß vom 1. bis einschließlich 5. Juni 1916 in Paris tagen zu lassen. Die Stadtverwaltung von Paris und die Selbstverwaltung des Seine-Departements hatten besondere Deputierte nach Moskau entsandt, um den Kongreß nach Paris einzuladen.

Das permanente internationale Komitee zur Vorbereitung dieser Kongresse hat ein vorläufiges Programm mit folgenden Thematen für den Pariser Kongreß aufgestellt.

1 Die Bedeutung der Abderhaldenschen Reaktion in der Psychiatrie. (Herr Professor Dr. Abderhalden hat freundlichst das einleitende Referat, Herr Geheimrat Professor Dr. Binswanger das klinische Referat zugesagt.)
2. Die Frage der Erblichkeit.
3. Die kriminellen Geisteskranken.
4. Fürsorge für anormale Kinder. (Ist es zweckmäßig, eigene Anstalten für geistig anormale Kinder zu bauen oder besondere Abteilungen für Jugendliche anderen Anstalten anzugliedern.)
5. Rotes Kreuz und Psychiatrie im Krieg.
6. Kombinierte Heil- und Pflegeanstalten oder getrennte Heilanstalten und Pflegeanstalten.
7. Stand der Familienpflege der Geisteskranken in den Kulturstaaten.
8. Die Bedeutung der Tuberkulose und anderer Infektionskrankheiten in der Hygiene der Anstalten.

Die endgültige Feststellung des Programms ist den Herren Professor Marie-Paris-Villejuif und Professor Alt-Uchtspringe (Altmark) übertragen.

Referate.

— 1. Rank, Dr. Otto, und Sachs, Dr. Hanns: Die Bedeutung der Psychoanalyse für die Geisteswissenschaften. Wiesbaden 1913. Bergmann.

2. Freud, Prof. Dr. Siegm.: Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse, redigiert von Ferenczi und Rank, 1. Jahrg. Heft 4 Juli 1913. Leipzig und Wien, Heller & Co.

3. Bleuler, Prof. Dr. E., und Freud, Prof. Dr. S., Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen, redigiert von Jung, V. Band 1. Hälfte. Leipzig und Wien 1913, Deuticke.

Drei neue literarische Erscheinungen aus der Sekte der Psychoanalytiker. Im ganzen ist diese Schule, was die literarischen Äußerungen anbetrifft, quantitativ siegreich geblieben. Wie weit aber dieser literarische Anschein die wirkliche Sachlage wiederspiegelt, ist in Anbetracht der größeren Rührigkeit jener Schule nicht leicht zu entscheiden. Diese Worte Hoches, einst auf die Kraepelinsche Schule gemünzt, porträtieren auch das Bild, das sich durch die Flut psychoanalytischer Neuerscheinungen ergibt. Es gibt zwar eine Reihe auch ernst zu nehmende Psychiater, die diese Erzeugnisse auf dem psychiatrischen Wissensgebiete geflissentlich übersehen, ignorieren und als nicht genügend der Lektüre würdig einfach bei Seite legen. Wer aber eine Diskussion gegebenenfalls fortzusetzen stets bereit bleiben will und stets ein eigenes Urteil über den neuesten Stand psychoanalytischer Forschungen zu behalten Willens ist, der kann diese Vereinfachung des Mitschreitens mit seiner Spezialwissenschaft nicht mitmachen. Denn wir haben ja auf dem kürzlichen Breslauer Kongreß die Erfahrung gemacht, daß selbst ein namhafter Psychiatrieordinarius, der sich ein — allerdings ablehnendes — Urteil über die psychoanalytische Bewegung geschaffen und sicher erst in mühevollen Studien erworben hatte, und der den Beweis erbrachte, daß er „alles gelesen" hatte, bei den Anhängern der Psychoanalyse den sich steigernden Eindruck zu erwecken vermochte, daß er keine Einsicht davon hätte, welche systematische Leistung hinter den psychoanalytischen Resultaten liegt, denen er so „mühelos beikam." So urteilt wenigstens Eitingon, welcher in dem Referatenteil des unter 2 oben genannten Blattes von der Breslauer Jahresversammlung leider nicht sina ira et studio berichtet. — Wie schwer wird einem aber manchmal die Lektüre gemacht! — Ich sehe ab von dem eigentlichen Thema, das ja nun mal sich immer um Sexualibus dreht, sonst würde ja die Theorie des Herrn und Meisters nicht mehr stimmen. Nein, es scheint auch tatsächlich die ganze Art der Darstellung, der Patientenkreis, der in die psychoanalytischen Sprechstunden läuft, und sonstiges Drum und Dran auf einer Stufe zu stehen, die dem Ernst wissenschaftlicher Forschung nicht entspricht. Ich denke da speziell an Sadgers Aufsatz „Über den sado-masochistischen Komplex" in dem unter 3 oben genannten Jahrbuch. Es wird über 3 Fälle berichtet. Fall 2 ist „klinischer Assistent der Psychiatrie an einer deutschen Universität" und wünschte „psychoanalytische Behandlung wegen Morphinismus, Impotenz und verschiedener hysterischer Symptome." Dieser Kollege, dessen Vita sexualis uns aufgedeckt wird, macht auf den unbefangenen Nichtpsychotherapeuten (d. h. im Sinne Freuds) den Eindruck, als ob die in jedem Menschen schlummernden kleinen Perversitäten zu großer Höhe ausgebildet wurden durch sexuelle Überreizung. Ein Zeitraum der Abstinenz von 6 bis 7 Tagen, im Vaterhause verbracht, erscheint dem Patienten-Kollegen schon als etwas ganz Ungewöhnliches. Natürlich genießt er viel käufliche Liebe. Er erzählt: . „. . . . Noch eins gefiel mir bei dieser Prostituierten. Sie sprach nicht und sah mich auch beim Akte nicht an, und dies war das Richtige. Wenn eine in solcher Lage zu sprechen beginnt, wie z. B. später meine Braut, so ist das ein Zeichen, daß sie in keiner leidenden Lage ist, es kommt mir zu resolut von ihr vor. Mein Ideal wäre, daß sie sich gewissermaßen fürchtet und seufzt oder Zeichen der Klage gibt, sowie jene Dirne, die beim Koitus immer schnaufte und ächzte. Bei meiner Braut hatte ich so lange Erektionen, als sie mir den Koitus weigerte. Da sie sich end-

lich bereit erklärte, war ich durch ihr Verhalten anfangs impotent. Es gelang mir schließlich durch folgende Veranstaltung: . . . . ." Ich will zur Ehre beider Kollegen annehmen, daß die Publikation dieser Krankengeschichte nur irrtümlich geschehen ist; der eine hat seine Einwilligung nicht gegeben und der andere nahm fälschlicher Weise sie als doch gegeben an. Sonst weiß ich nicht, was man zur Entschuldigung anführen soll. Ist denn unser spezielles Vorrecht, im Schmutz zu wühlen, und ist die Vita sexualis eines Wüstlings so interessant, daß jede, auch solche m. E. recht belanglose, detailliert wiedergegeben werden muß? — Der Fall 3 des Herrn Sadger beginnt: „23 jähr. Hysterika, süßes Mädel." Aus der Krankengeschichte kann man folgern, daß „süßes Mädel" ein Terminus technikus ist für ein Mädchen, das einen lockeren Lebenswandel führt, ein Verhältnis an das andere anreiht, aber der Sittenkontrolle bislang noch immer durch ein gewisse äußere Ehrbarkeit und eben durch diese festen Verhältnisse zu entrinnen wußte, welche Eigenschaft übrigens kürzlich auf der Tagung des hessischen Vereins von Juristen und Psychiatern als die weitaus größte Gefahr für die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten gegeißelt wurde. Solch ein Terminus technikus ist aber, soweit ich erfahren konnte, in den meisten Gegenden Deutschlands unbekannt. Und selbst wenn er bekannt wäre, so gehört er nicht in einen wissenschaftlichen Aufsatz, er verträgt sich schlechterdings nicht mit der Würde und dem Ernst wissenschaftlicher Forschung, genau so wenig wie beispielsweise die trivialen Volksausdrückte für Faeces, Nates, Vagina usw. Es müßte denn sein, daß die Ausdrucksweise des Kranken gerade dadurch, daß man in der Krankengeschichte seine Worte wiedergibt, treffend gekennzeichnet wird. Im vorliegenden Fall ist aber die Bezeichnung von Sadger gewählt und zwar für ein Mädchen, das „eine Legion von Männerverhältnissen hinter sich hatte" und dessen Krankengeschichte auch wieder kaum auf Weiteres als eine frühерwachte Libido und spätere sexuelle Überreizung schließen läßt. — Von demselben Verfasser, Sadger, ist übrigens auch in dem unter 2 genannten Hefte ein Aufsatz über „Gesäßerotik", die S. noch als eine besondere Unterart der Analerotik angesehen wissen will. Während er hierfür kaum ein solches Interesse erwecken können wird, daß der Psychoanalyse neue Anhänger zugeführt würden, so kann ich andererseits nicht leugnen, daß ich Anderes wieder gern und unter Empfindung einer nicht fortzudisputierenden Anregung gelesen habe. Dazu gehört vor allem das unter 1 erwähnte Büchlein von Rank und Sachs. Die verschiedenen Beweise, wie unbewußt und in Mythen (auch Märchen) und in der Religion[1]) und in der Künstlerpsychologie und noch sonst vielerwärts das sexuelle Moment eine größere Rolle spielt, als der prüde Kulturmensch von heute eingestehen will, haben etwas Zwingendes, Überzeugendes. Das Buch habe ich mit einer gewissen Befriedigung wieder hingelegt. Auch die anderen zwei sind nicht durchweg so, wie die oben wiedergegebenen Stichproben vermuten lassen könnten. Auch die „neuen Traumexperimente in Zusammenhang mit älteren und neuen Traumtheorien", etwa in der Mitte des unter 3 genannten Jahrbuchbandes beginnend, kann ich nur als durchaus lesenswert bezeichnen, zumal der Verfasser, Johan Stärke aus Amsterdam, über eine reiche einschlägige Literaturkenntnis verfügt und, was das Wichtigste ist, auf den von anderen zusammengetragenen Bausteinen weiterbaut. Allerdings kann auch er sich einige Seitenhiebe gegen die Gegner Freuds nicht versagen und gibt auch eine Probe „von erbärmlich falschen Begriffen" anderer; demgemäß werden auch manche Bausteine verworfen, doch ist im Ganzen das Fazit ein leidlich ersprießliches. Die Artikel von Itten und Jung in demselben Band kennzeichnen so recht die ebenso mystische wie unfruchtbare Übertragung der Freudschen Lehren auf die praktische Irrenheilkunde. Sonst bieten die Bücher nichts besonders Lesenswertes.

Wern. H. Becker-Weilmünster.

[1]) Ähnliche Gedankengänge, wenn auch schon wieder ein gut Teil weitergehend in der Kühnheit psychoanalytischer Schlußfolgerungen, enthält auch der „Gottmensch-Komplex" von Prof. Ernest Jones, der erste Aufsatz des unter 2 genannten Heftes.

— Nonne, M.: Diagnose und Therapie der syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems. 47 S. Halle a. S. 1913. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

In dieser Schrift hat N. mit ausgezeichneter Schärfe diejenigen Punkte formuliert, welche für die therapeutische Stellung den bezeichneten Affektionen gegenüber maßgebend sein sollen. Im diagnostischen Teil ist die Technik der Lumbalpunktion besprochen und die vier Reaktionen sind in ihrer Bedeutung eingehend gewürdigt. Im therapeutischen Teil sind eingehende Vorschriften gegeben, wie sie der Praktiker braucht. Bei inzipienten Fällen von Paralyse hält N. die Behandlung mit Salvarsan für durchaus erlaubt. Geboten ist Salvarsan dort, wo Hg günstig wirkte, aber nicht mehr vertragen wird. Bei vorgeschrittenen Fällen ist die Salvarsanbehandlung zwecklos. Mercklin.

— Hartwig, Dr. Werner, Abteilungsarzt der Prov.-Heilanstalt Lengerich: Weitere Beiträge zur Kenntnis der Heinzschen Vergiftungskörper (Ehrlichsche hämoglobinämische Innenkörper). (Sonderabdruck aus: Folia haematologica. Internat. Magazin für klin. und morpholog. Hämatologie. I. Teil: Archiv. Herausgeg. von Artur Pappenheim, Berlin. Band XIII.) Leipzig 1912. Verlag von Dr. W. Klinkhardt.

Die durch Vergiftungen mit Toluylendiamin und Pyrodin entstehenden Heinzschen Vergiftungskörper im Blut sind restlos löslich in Essigsäure oder Pepsin + HCl, sie ergeben Peroxydasereaktionen, Eiweißreaktionen und ihr Äther- und Chloroformextrakt läßt auf Fettsäurenadeln schließen.

Zum Zwecke dieser Feststellungen wurden diese Vergiftungskörper in großer Menge rein dargestellt; als Versuchstiere wählte man Kaninchen, die man mit der von Pappenheim empfohlenen Mischung von Toluylendiamin und Pyrodin intraperitonal behandelte.

Heinike, Großschweidnitz.

— Raaber, Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Neu bearbeitet und herausgegeben von Prof. Dr. Fr. Kopsch. In 6 Abteilungen. Abteilung 1: Allgemeiner Teil —Preis 6 M; Abteilung 2: Knochen, Bänder —Preis 9,50 M; Abteilung 3: Muskeln, Gefäße — Preis 15 M. 10. vermehrte und verbesserte Auflage. Leipzig 1914.

Es ist eine reine Freude zu bewundern wie das Raabersche Werk durch Talent und Fleiß des Herausgebers von Auflage zu Auflage an Wert gewinnt. Nicht nur die makroskopische Anatomie findet eine klare und umfassende Darstellung, auch die histologischen Verhältnisse werden im allgemeinen wie in den speziellen Teilen mit Geschick und Eleganz geschildert. Vielfach berücksichtigt ist die Physiologie, und sogar eine mit zahlreichen Porträts berühmter Anatomen der Vergangenheit geschmückte Geschichte der Anatomie ziert das vortreffliche Werk.

Das durchschnittliche Volumen einer Zelle gibt Verf. mit 0,000008 cmm, das durchschnittliche Volumen des Erwachsenen mit 60000 cmm an; hieraus berechnet er die Zahl der Zellen des Körpers eines erwachsenen Menschen (ohne Blut) auf rund 8 Billionen.

Sehr geistvoll ist der Abschnitt: Der Bauplan des Menschen geschrieben. In dem Kapitel: Geschlechtliche Verschiedenheiten des Körpers ist eine herrliche Aufnahme von Olga Desmond nach der Natur wiedergegeben. Die schwarzen wie die farbigen Abbildungen sind alle von wunderbarer Plastik, Schönheit und Richtigkeit. Die topographischen Darstellungen machen namentlich die Teile über Muskel- und die Gefäßlehre für den Chirurgen wertvoll. Sehr interessant sind auch die Kapitel über die Venen und die Lymphgefäße. Selbstverständlich sind auch viele entwicklungsgeschichtliche Fragen angeschnitten.

An der Hand dieses Werkes kann der Anfänger wie der Fortgeschrittene auch der Knochen- und Bänderlehre Geschmack abgewinnen. Hier handelt es sich ja nicht nur um eine trockene Schilderung, überall weiß der Verf. anregende Gesichtspunkte heranzuziehen, er behandelt u. a. die Entstehung, das Wachstum und die Regeneration des Knochens, er belehrt uns über seine innere Architektur, ja sogar über die Elastizität und Festigkeit der Skelettmaterialien. Die Bilder sind auch hier Kunstwerke, oft solche allerersten Ranges!

G. Ilberg.

Therapeutisches.

— Essai de traitement des psychoses aigues par le bromure de radium et par des sérums radioactifs. Par MM. Dominici, L. Marchand, Chéron et le prof. G. Pétit. Revue de Psychiatrie 1914.

Folgende Versuche wurden angestellt:

I. Hypodermatische Injektion von einfachem Pferdeserum. Behandelt wurden sieben Fälle: drei (1 chronische Verwirrtheit, 1 Dementia praecox, 1 periodische Melancholie) zeigten keine Besserung; vier wurden geheilt; bei zweien davon (1 akute Melancholie, 1 agitierte Verwirrtheit) bestand kein enger Zusammenhang zwischen Behandlung und Heilung; bei zweien (1 akute Melancholie, 1 obsession à l'homicide et au suicide) schien die Behandlung eine gute Wirkung zu haben. Diese beiden letzteren zeigten ausgesprochene Serumreaktion (Temperatursteigerung, rheumatische Schmerzen, Erythem); bei dem einen von diesen beiden konnten wegen Auftretens intensiver Serumreaktion nur 2 Injektionen zu 20 ccm Serum gegeben werden. Die übrigen sechs Fälle erhielten:

1. 11 Injektionen von 20 ccm Serum, jeden 4. Tag eine,
2. 23 Injektionen von 15 ccm Serum, jeden 4. Tag eine,
3. 1 Injektion von 20 ccm Serum und dann 10 ccm, jeden 4. Tag, im ganzen 20 Injektionen,
4. 34 Injektionen von 20 ccm Serum, jeden 4. Tag eine.
5. 4 Injektionen von 20 ccm Serum, jeden 5. Tag eine,
6. 1 Injektion von 20 ccm Serum, 4 von 10 ccm, 2 von 18 ccm.

II. Hypodermatische Behandlung mit Pferdeserum, das in vitro radioaktiviert war durch Zusatz von 2/1000 mg Radiumbromür zu 10 ccm Serum. Drei Fälle: 1 (Dementia praecox) ohne Erfolg, 2 (Verwirrtheit mit katatonen Symptomen) zeigten deutliches Erwachen der geistigen Tätigkeit unter dem Einfluß der Injektionen; die Besserung schritt langsam fort und führte zu kompletter Heilung. Fall 1 erhielt 43 Injektionen; nach einer derselben Anaphylaxie (Asphyxie mit Zyanose der Extremitäten, profuse Schweiße, leichte Temperatursteigerung); Fall 2: nach der 6. Injektion Temperatursteigerung, örtliche Rötung, Ausschlag; darauf nur 2 ccm Serum täglich, 7 Tage lang; hierauf täglich wieder 10 ccm ohne Reaktion. Nach 2 Tagen, da psychische Besserung eingetreten, nur noch eine Injektion alle 2 Tage. Nach zirka 14 Tagen wurden die Injektionen eingestellt. Als an den folgenden Tagen sich der Fortschritt in der Besserung zu verlangsamen schien, wurden die Injektionen wieder aufgenommen und erst zweitägig, dann täglich gegeben. Nach der 86. Injektion leichte Anaphylaxie (Zyanose der Extremitäten, profuse Schweiße) von einigen Minuten Dauer. Fortschreitende Besserung. An Stelle der Injektionen von Serum Lavements derselben Quantität Serums. Heilung. Fall 3. Beginn mit 20 ccm radioaktivem Pferdeserum (2 Tausendstel Milligramm), darauf täglich 10 ccm; nach der 17. Injektion leichter anaphylaktischer choc von einigen Minuten, worauf die Behandlung eingestellt wird. Langsames Weiterschreiten der Besserung; Heilung.

III. Hypodermatische Behandlung mit Pferdeserum, das in vivo radioaktiviert war durch intravenöse Injektion von Radiumsulfat. Anwendung in vier Fällen (2 Dementia praecox, 1 délire de négation, 1 Verwirrtheit): nur in 1 Fall (Dementia praecox) Besserung.

IV. Behandlung mit Serum, das in vivo radioaktiviert war und in vitro durch Zusatz von 2/1000 mg Radiumbromür auf 10 ccm Serum. 12 Fälle (2 akute Melancholie, 4 akute Verwirrtheit, 2 Verwirrtheit mit Katatonie, 2 obsessions, 1 Dementia praecox, 1 progressive Paralyse); 9 davon

wurden geheilt; die 3 nicht beeinflußten waren 1 Verwirrtheit mit Katatonie, 1 Dementia praecox, 1 progr. Paralyse. — Es wurden bis 54 Injektionen à 10 ccm hintereinander gegeben.

V. Behandlung mit Injektion von Radiumbromür in isotonischer Lösung. Acht Fälle. Täglich eine subkutane Injektion, enthaltend zwei Tausendstel Milligramm Radiumbromür; die Zahl der Injektionen war von 16 bis 38. 2 akute Melancholie, 1 Involutionsmelancholie, 1 periodische Melancholie, 1 akute Verwirrtheit, 2 Verwirrtheit mit Katatonie, 1 chronische Verwirrtheit. 3 Fälle genasen unter dem Einfluß der Behandlung (1 akute Melancholie, 2 Verwirrtheit mit Katatonie); 1 (chronische Verwirrtheit) wurde gebessert, so daß Entlassung erfolgte. Bei 2 Fällen wurde die Behandlung zu früh abgebrochen. Bei 2 Fällen (1 Involutionsmelancholie, 1 periodische Melancholie) keine Besserung.

Die Methode IV (in vivo und in vitro radioaktiviertes Pferdeserum) hat sich also am besten bewährt.

Das Radiumbromür (bromure de radium) in isotonischer Lösung wird in Ampullen verordnet, welche enthalten: Radiumbromür 0,002 mg, isotonische Lösung 2 ccm. Man macht die Injektion während 20 Tagen täglich in die Außenseite des Schenkels, dann eine zehntägige Pause; wenn keine Besserung folgt, eine neue Serie von 20 Injektionen. Die Serumreaktionen waren nicht häufig und gingen sämtlich sehr schnell vorüber. Nicht alle geheilten Fälle hatten solche Reaktionen. Unter den mehr als 600 Injektionen wurden nur dreimal anaphylaktische Symptome von einigen Minuten Dauer beobachtet. Unter Injektion von 2 ccm Äther schwand das Übelbefinden. Kontraindikation gegen die oben geschilderte Behandlung bildet nur Tuberkulose; hier ist die Serumreaktion besonders intensiv; man muß daher mit kleineren Dosen erst die Empfänglichkeit prüfen.

Die Untersuchungen wurden auf der Abteilung von Dr. Marchand in der bekannten Irrenanstalt Maison nationale in Charenton, St. Maurice (Seine), bei Paris angestellt. Bresler.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Schlesien.** Abteilungsarzt Dr. Paul Marcks, Kreuzburg, O.-Schl., am 1. Februar 1914 aus dem Provinzialdienst ausgeschieden. Assistenzarzt Dr. Mattern, Kreuzburg, vom 1. Januar 1914 ab lebenslänglich angestellt und zum Abteilungsarzte ernannt. Direktor, San.-Rat Dr. Schubert, Kreuzburg, vom 1. April 1914 ab als Direktor nach Lüben versetzt. Oberarzt Dr. Linke,

Lüben, vom 1. April 1914 ab als Direktor nach Kreuzburg versetzt. Abteilungsarzt P r z e w o d n i k, Tost, vom 1. April 1914 ab als Oberarzt nach Lüben versetzt. Abteilungsarzt Dr. H o t h, Lublinitz, vom 1. April 1914 ab in gleicher Eigenschaft nach Kreuzburg versetzt. Assistenzarzt K ü g l e r, Freiburg i. Schl., vom 1. April 1914 ab in gleicher Eigenschaft nach Lublinitz versetzt.

— **Goddelau.** Dr. Erich S t e p h a n aus Dargun ist am 31. v. Mts. aus dem hiesigen Anstaltsdienst ausgetreten.

Anstaltstechnisches.

— Unter den zahlreichen modernen Waschmitteln nimmt **Perpentol** einen hervorragenden Platz ein. Auf wissenschaftlicher Grundlage hergestellt und billig, frei von die Wäsche angreifenden oder sonstwie schädlichen Bestandteilen, erzielt es mühelos eine schneeweiße Wäsche ohne Seife, ohne Soda, ohne Reiben und ohne Bleichen; es besitzt auch desinfizierende Wirkung und verleiht der Wäsche einen frischen Geruch. Nur besonders schmutzige Stellen bedürfen eines Nachreibens.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **J. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 47. 21. Februar **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Staatl. Heilanstalt für Nervöse und Geisteskranke Lübeck-Strecknitz. Von Dir. Dr. Wattenberg. (S. 565.) — Mitteilungen (S. 572): Erwiderung von Dr. v. Velzen. Voraussichtliche Vereinfachung der Abderhaldenschen Methode. — Referate. (S. 572.) — Therapeutisches. (S. 573.) — Personalnachrichten. (S. 574.)

Staatl. Heilanstalt für Nervöse und Geisteskranke Lübeck-Strecknitz.[1])

Von Direktor Dr. **Wattenberg.**

I. Baugeschichte.

Nachdem mittels Berichts vom 6. Juli 1900 die Vorsteherschaft der Irrenanstalt dem Senate die Notwendigkeit des Baues einer neuen staatlichen Irrenanstalt dargelegt und um die Erteilung des Auftrages nachgesucht, dem Senate dahingehende Vorschläge entgegenzubringen, wurde durch Rat- und Bürgerschluß vom 26. Juni 1905 beschlossen, auf der Gemarkung Strecknitz nach Maßgabe des vorgelegten Projektes, unter Vorbehalt seiner Einzelbearbeitung und der Bewilligung des danach sich bemessenden Gesamtkostenerfordernisses, eine neue staatliche Irrenanstalt als Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke aller Bevölkerungsklassen des lübeckischen Staates zu erbauen.

Mit den Anlagen der Straßen, Kanalisation und Wasserversorgung der neuen Heilanstalt wurde im April 1909 und im Juli desselben Jahres mit den Hochbauarbeiten begonnen. Am 24. Oktober 1912 wurde die Heilanstalt Strecknitz mit einer Belegung von 302 Kranken dem Betrieb übergeben. Sie trat damit an die Stelle der alten Irrenanstalt, die seit dem Jahre 1788 zur Aufnahme und Behandlung der Geisteskranken gedient hatte.

II. Zweck der Heilanstalt.

Die Heilanstalt Strecknitz soll zur Behandlung von Geisteskranken jeglicher Art und aller Bevölkerungsklassen des lübeckischen Staates dienen. Fremde werden aufgenommen, soweit Platz vorhanden ist.

[1]) Die Abbildungen sind der Zeitschrift für Bauwesen, Jahrgang 63, Blatt 57 und 58, entnommen.

III. Größe der Heilanstalt.

Die Heilanstalt ist erbaut für 287 Kranke. Sie ist ohne weiteres erweiterungsfähig bis zu einer Zahl von 500 Kranken. In der Zahl von 287 Bettplätzen sind 6 Bettplätze in den Infektionsabteilungen, die unter allen Umständen immer zur Verfügung stehen müssen, und 26 Einzelzimmer, die zur zeitweisen Unterbringung einzelner Kranken bestimmt sind, nicht mitgezählt. Die Wirtschaftsgebäude (Maschinenhaus, Kochküche und Waschküche) sind gleich so groß gebaut, daß sie für die Höchstbelegungsfähigkeit ausreichen. Für die künftig zu errichtenden Krankengebäude ist zwischen den bereits vorhandenen der Platz ausgespart. Das nicht für die Bebauung und Krankengärten in Anspruch genommene Gelände ist für gärtnerische Anlagen, Wege und Gemüsegeländereien nutzbar gemacht. Die Anlagen sind so hergestellt, daß ihre Instandhaltung möglichst wenig Arbeitskräfte in Anspruch nimmt.

Das Gesamtareal der Heilanstalt beträgt 26 ha 78 a 48 qm. Davon sind 18 ha 30 a 31 qm Eigentum der Heilanstalt und 8 ha 48 a 17 qm Pachtland. Es entfallen auf bebautes Terrain, Straßen und Gärten rund 7 ha, auf Gemüseland $7^1/_2$ ha, auf Ackerland $8^1/_2$ ha und auf Wald und Wiese $3^3/_4$ ha. Nach Ausbau der Heilanstalt bis auf 500 Bettplätze werden auf das bebaute Gelände 15 ha entfallen.

IV. Lage und Bauprogramm der Heilanstalt.

In den Anträgen betr. Platzfrage war verlangt: Größe des Areals = 1000 qm für den Kopf des Kranken.

Lage des Areals möglichst nahe der Stadt, dem Zentrum des Aufnahmebezirkes.
Lage isoliert und landschaftlich schön.
Lage tunlichst frei und entfernt von industriellen usw. Betrieben.
Hygienisch einwandfreier Baugrund.
Hygienisch einwandfreie Luft.
Hygienisch einwandfreies Wasser in ausreichender Menge.
Hygienisch einwandfreie Beseitigung der Abwässer und Abfallstoffe.
Schutz gegen rauhe und kalte Winde.
Für Spatenkultur geeigneter, nicht zu schlechter Boden.
Gute und billige Verbindung mit der Stadt und dem übrigen Aufnahmebezirk.
Lage an einer gepflasterten oder chaussierten Straße.
Vorhandensein von Dörfern in der Nachbarschaft zur allmählichen Einrichtung von Familienpflege.

Als wünschenswert war bezeichnet:
Lage des Areals am Wasser.
Vorhandensein von Holzungen.
Vorhandensein von Wiesen.

In den Anträgen betr. Bauprogramm war verlangt:
Erbauung im Pavillonsystem unter Vermeidung aller an Kasernen und Gefängnisse erinnernden Einrichtungen.
Grundrisse klar, einfach, übersichtlich.
Einrichtung dauerhaft, praktisch, wohnlich.
Rücksichtnahme auf die Möglichkeit einer sorgfältigen, wissenschaftlichen Untersuchung und Beobachtung und einer weitestgehenden individualisierenden Behandlung der akut und chronisch Erkrankten nach den Grundsätzen der modernen Psychiatrie.
Schaffung von zahlreichen Beschäftigungsmöglichkeiten (Landwirtschaft, Gemüsebau, Gärtnerei, Werkstätten usw.) für rekonvaleszente und chronische Kranke.
Lagerung der Wirtschaftsgebäude und Beamtenwohnungen an der Peripherie des bebauten Geländes.

Gruppierung der Krankenhäuser:
nach der Fürsorgebedürftigkeit der in ihnen zu behandelnden Kranken,
nach ihrem sozialen Verhalten,
nach ihrer Ruhebedürftigkeit.

Die Heilanstalt ist von der Mitte der Stadt 3,6 km entfernt. Sie liegt ziemlich zentral für das lübeckische Staatsgebiet im Südosten der Stadt. Von der Endstation der Straßenbahn beträgt die Entfernung $1^1/_2$ km. Die Heilanstalt lehnt sich an einen Höhenrücken, der nach allen Richtungen hin allmählich abfällt und im Nordosten ein Kieferwäldchen trägt, das Schutz gegen rauhe Winde gewährt. Im Norden bildet die Grenze ein kleiner Bach, im Osten die nach Ratzeburg führende Chaussee und im Süden und Westen Ländereien, die zur Domäne Strecknitz gehören. In 500 m Entfernung führt die Mecklenburger Eisenbahn an der Heilanstalt vorüber. Größere Frachtgüter können daher mit der Bahn ziemlich nahe an die Heilanstalt herangebracht werden. Erheblichere Erdbewegungen waren beim Bau nicht erforderlich.

V. Boden, Luft, Wasser, Abwässer.

Der Boden ist milder Ackerboden und für Spatenkultur geeignet. Unter der Sandschicht steht fester Ton.

Die Luft ist frei von schädlichen Beimengungen. Industrielle Betriebe befinden sich nicht in der Nachbarschaft.

Das Wasser wird einem mächtigen tiefgelegenen Grundwasserstrom entnommen, der in der Richtung Büssau-Lauerholz die Wakenitz unterquert und eine Stärke von 5,70—7,60 m besitzt. Der Strom bewegt sich in einer Tiefe von rund 30 m unter Terrain. Das Wasser ist wenig eisenhaltig. In Härte ist es einwandfrei und für Trink-, Koch- und Waschzwecke, sowie für Kesselspeisung gut geeignet. Bohrungen ergaben rund 20 cbm die Stunde für jeden der beiden vorhandenen Tiefbrunnen. Die mittlere Temperatur beträgt nach den bisherigen Messungen $9^1/_2$° C.

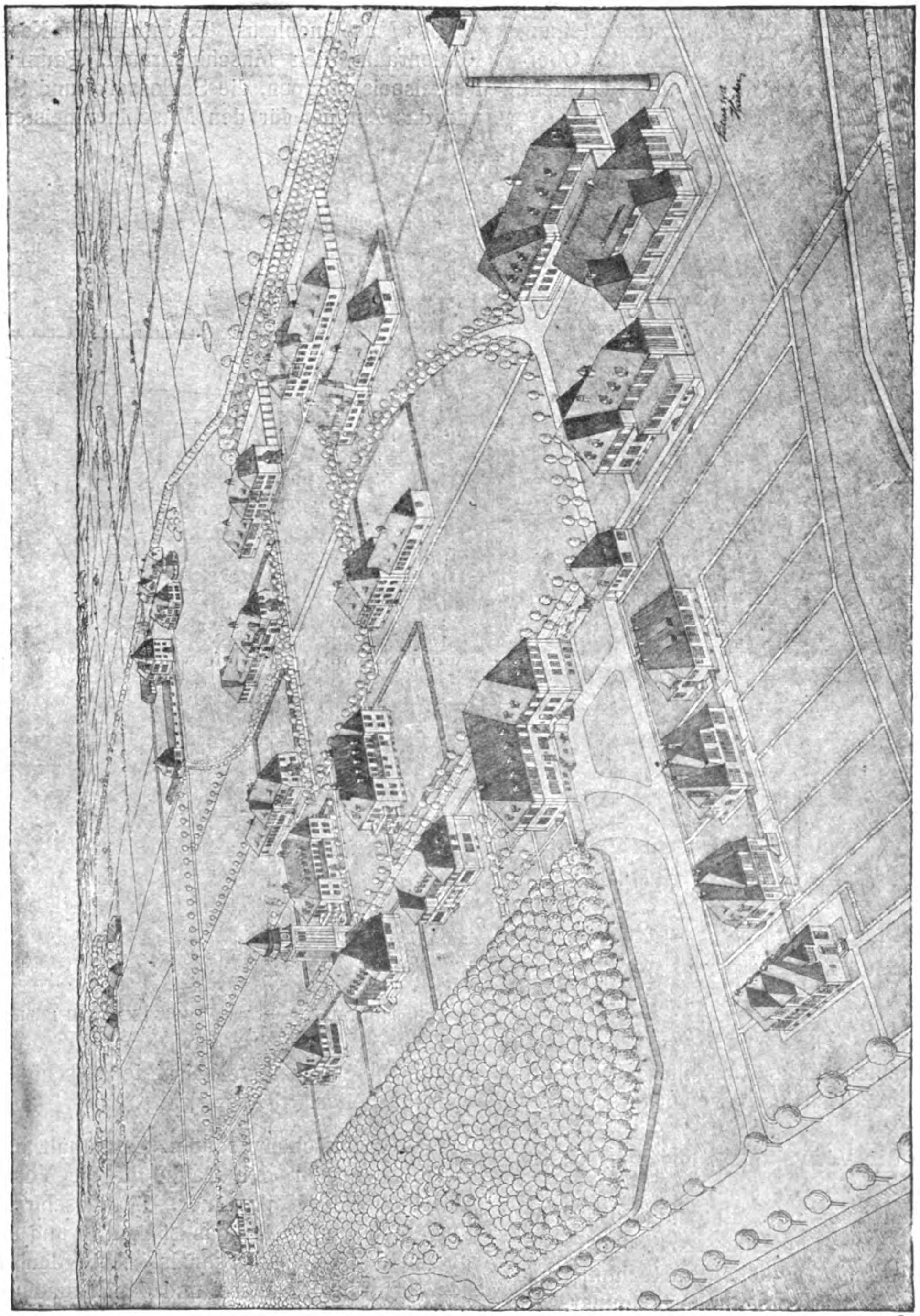
Die Abwässer werden getrennt abgeführt. Die meteorischen Abwässer gelangen oberirdisch in einen Abflußgraben, der in die Wakenitz mündet. Die Abwässer der Wirtschaftsgebäude, Aborte, Bäder und Abwaschküchen werden in ein Klärbassin geleitet, hier mechanisch von den gröberen Bestandteilen gereinigt und dann durch ein Pumpwerk in das städtische Sielrohrsystem übergeführt.

VI. System.

Die Heilanstalt ist im Pavillonsystem erbaut. Sie besteht im ganzen aus 28 einzelnen Gebäuden, von denen 11 Krankenhäuser sind. Der Rest dient ärztlichen, Verwaltungs-, Wirtschafts- und Wohnzwecken. Mit der Heilanstalt ist eine peripher gelegene landwirtschaftliche Kolonie verbunden, die aus einem Krankengebäude, Werkstättengebäude, Gärtnerei und verschiedenen Stallungen besteht. Der Baustil lehnt sich an das deutsche Barock an.

VII. Lageplan.

Die Gruppe der Beamtenwohnhäuser umfaßt folgende Gebäude:



Gesamtansicht.

Zeitschrift f. Bauwesen 1913, Jahrg. LXIII Heft 10 bis 12.

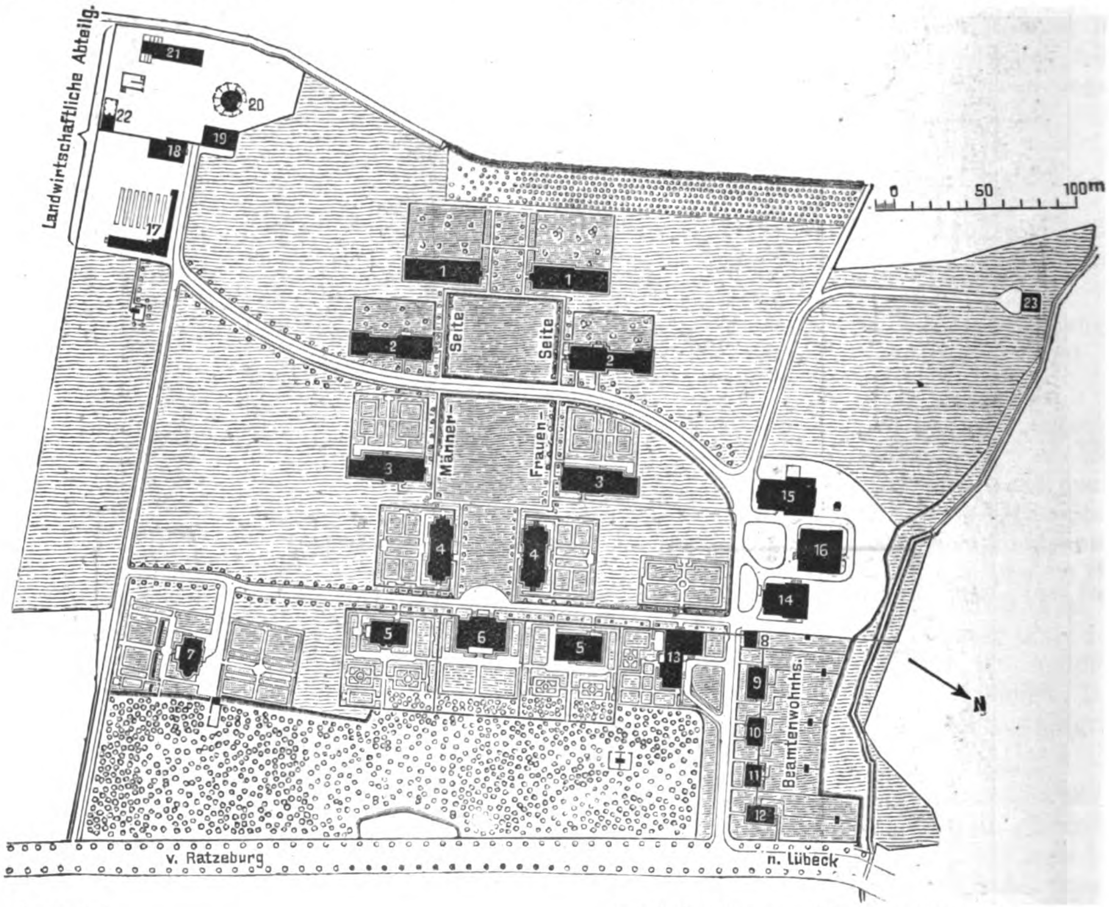
Direktorwohnhaus,
Wohnungen für den 2. Arzt und den Inspektor,
Doppelwohnhaus für den Rechnungsführer und den 1. Oberpfleger,
Doppelwohnhaus für den 2. Oberpfleger und den 1. Maschinisten,
Doppelwohnhäuser für 4 verheiratete Pfleger,
Wohnhaus für den Pförtner,
Wohnhaus für den 1. Gärtner,
Wohnung für den Abteilungspfleger der landwirtschaftlichen Kolonie.

Die Wohnungen für zwei unverheiratete Ärzte befinden sich im Obergeschoß der Aufnahmeabteilung für ruhige Kranke.

Die erste Oberpflegerin (Oberin) wohnt im ausgebauten Dachgeschoß der Aufnahmeabteilung für ruhige weibliche Kranke, die zweite Oberpflegerin im Pensionärhaus für weibliche Kranke (Frauenheim).

Wohn- und Schlafräumen für das Wäschereipersonal den Wäscheannahme- und Einweichraum, den Waschraum, den Plätt- und Mangelraum und die Wäscheausgabe.

Das Maschinenhaus. Es enthält den Kessel- und Kohlenraum, den Maschinenraum, Raum für die Kesselspeisepumpen, die Schlosserei und Schmiede und das Zimmer für den Maschinenmeister, sowie



Lageplan.

Zeitschrift f. Bauwesen 1913, Jahrg. LXIII Heft 10 bis 12.

Auswärts wohnen: 1 Bureaugehilfe, 1 Stadtbote, 2 Küchenarbeiter, 2 Tischler, 1 Reparaturschlosser, 2 Kesselwärter.

Die Gruppe der Verwaltungs- und Wirtschaftsgebäude umfaßt:

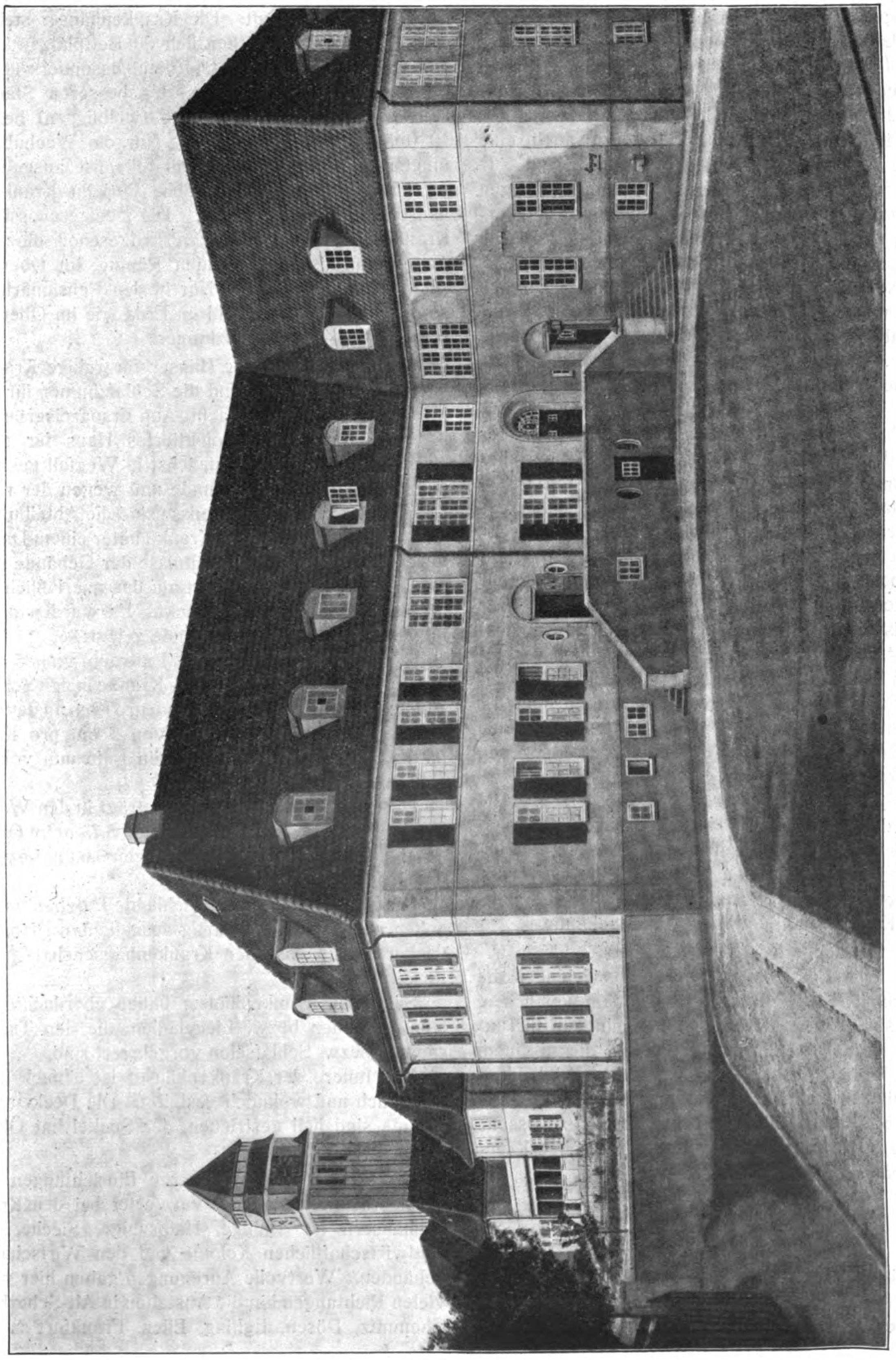
Das Verwaltungsgebäude. Es enthält das Pförtnerzimmer, die Diensträume der Ärzte und Beamten, das Laboratorium, Apotheke, Wartezimmer und die Bibliothek, zugleich Versammlungszimmer. Im Kellergeschoß befinden sich Badeeinrichtungen für die Familienangehörigen der verheirateten Angestellten, die in ihren Wohnungen nicht eigene Badeeinrichtungen haben, und das Archiv.

Das Waschküchengebäude. Es enthält außer den

Schlafzimmer für unverheiratete Maschinisten und Küchenarbeiter.

Das Kochküchengebäude. Es enthält außer dem Kochküchenraum den Raum für die Vorräte, die Anrichte, die Brotkammer, die Geschirrkammer, den Gemüseputzraum, das Eßzimmer und die Wohnungen des Küchenpersonals. Außerdem befindet sich darin die Räucherei und das Magazin der Anstalt.

Eine Beschreibung der Beleuchtungs-, Heizungs-, Lüftungs-, Fernsprech-, Warm- und Kaltwasserversorgungsanlagen der Koch- und Waschküche, des Maschinenhauses und der übrigen maschinellen Ein-



Verwaltungsgebäude an der Zufahrtstraße.

richtungen befindet sich am Schlusse. Verfasser ist der Heizungsingenieur Stock.

Sämtliche Gebäude sind zu einzelnen Gruppen zusammengefaßt, wodurch nicht nur eine bessere Übersichtlichkeit und eine Erleichterung des gesamten Betriebes herbeigeführt, sondern auch eine größere architektonische Wirkung erzielt wird.

Vor dem Haupteingang zur Heilanstalt liegen Wohnungen für Pförtner, Rechnungsführer, Oberpfleger, Abteilungspfleger und Maschinisten. Diesen gegenüber befindet sich das Verwaltungsgebäude, das in seinem östlichen Flügel Wohnungen für den 2. Arzt und den Inspektor enthält, in seinem westlichen die Räume für Verwaltungs- und ärztliche Zwecke. Die Wirtschaftsgebäude (Waschküche, Kochküche und Maschinenhaus) sind im Interesse sowohl der Kranken, wie eines geordneten Wirtschaftsbetriebes an die Peripherie des Geländes im Norden der Anstalt gelegt. Gleichfalls peripher liegt das Leichenhaus. Auf dem höchsten Punkt des Geländes erhebt sich das Gesellschaftshaus, das gleichzeitig kirchlichen Zwecken dient. Mit ihm organisch verbunden ist ein 37½ m hoher Turm, der das Hochreservoir für die Wasserversorgung der gesamten Anstalt enthält. Es faßt 65 cbm. Der Turm ist auch als Uhrturm und Glockenturm ausgebildet. Das Gesellschaftshaus trennt und verbindet beide Geschlechter. Eine von seinem Mittelpunkt nach Westen gezogene ideale Linie teilt die Krankengebäude in die nach Norden gelegenen Frauenabteilungen und die nach Süden gelegenen Männerabteilungen.

Bei dieser Anordnung liegen die jetzt bereits vorhandenen und die künftig zu erbauenden Krankenabteilungen für Frauen zunächst den Wirtschaftsgebäuden und die betreffenden Krankenabteilungen für Männer zunächst der landwirtschaftlichen Kolonie und dem Werkstättengebäude.

Die für ruhige Kranke errichteten Gebäude befinden sich auf dem östlichen Teile des Geländes, die für unruhige Kranke errichteten auf dem westlichen. Dabei sind die Grundrisse der Abteilungen für unruhige Kranke so durchgebildet, daß die in einem Gebäude befindlichen Kranken nach Möglichkeit die Ruhe der übrigen Kranken nicht stören. Die Wachabteilungen bilden eine in sich geschlossene Gruppe. Die geringste Entfernung zwischen Krankengebäuden beträgt 24,60 m.

VIII. Krankenhäuser.

Die Lage aller Krankenhäuser ist so gewählt, daß kein Krankenraum ausschließlich nach Norden liegt. Alle größeren Krankenräume, insbesondere die Säle für bettlägerige Kranke, erhalten von zwei Seiten Licht und Luft. Die Krankenhäuser stellen Pavillons von durchschnittlich 30 Bettplätzen dar. Die Gebäude für ruhige und nicht besonders überwachungsbedürftige Kranke der besseren Stände sind offene Landhäuser zu 16 (weiblichen) bezw. 10 (männlichen) Bettplätzen. Nur die Wachabteilungen sind eingeschossig, mit teilweise ausgebautem Mansardendach, sämtliche übrigen Krankenhäuser sind zweigeschossig. Die zweigeschossigen Krankenhäuser enthalten im Erdgeschoß die den Tagesbedürfnissen dienenden Räume, im Obergeschoß die Schlafräume. Nur in den Pensionärhäusern befinden sich sowohl im Erd- wie im Obergeschoß Wohn- und Schlafzimmer.

Im Dachgeschoß der Häuser für ruhige Kranke sind die Pflegerheime und die Schlafzimmer für die Nachtwachen untergebracht. Aus Ersparnisgründen ist ein ursprünglich projektiertes Haus für psychisch-nervöse Kranke zunächst in Wegfall gekommen. Aus demselben Grunde und wegen der relativen Kleinheit der Verhältnisse sind die Abteilungen für ruhige und halbruhige Kranke unter einem Dache vereinigt. Die Größenverhältnisse der Gebäude sind durch genaue Berechnungen auf das unerläßlich erforderliche Maß herabgedrückt. Es wurden dabei folgende Mindestmaße zugrunde gelegt:

Für bettlägerige Kranke ein Luftraum von 35 cbm pro Kopf; für nichtbettlägerige Kranke in den Schlafräumen ein Luftraum von 20 cbm pro Kopf, in den Tagesräumen eine Grundfläche von 4 qm pro Kopf, für Kranke in Einzelzimmern ein Luftraum von 40 cbm pro Kopf.

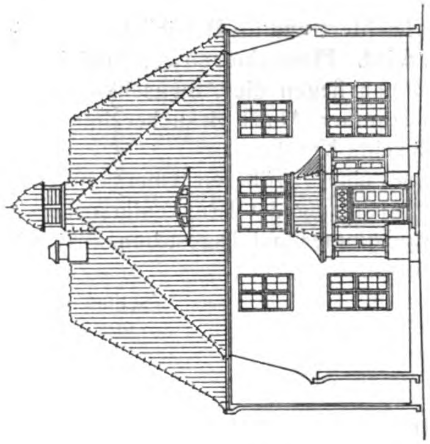
Die lichte Stockwerkshöhe beträgt in den Wachabteilungen 4 m im Erdgeschoß und 3,75 m im Obergeschoß; in den übrigen Abteilungen 3,60 m bezw. 3 und 2,80 m.

Die Krankenhäuser sind schlichte Putzbauten mit hohen, meist mansardenartig ausgebauten Pfannendächern. Ein Teil der Krankenhäuser hat grüne Fensterläden.

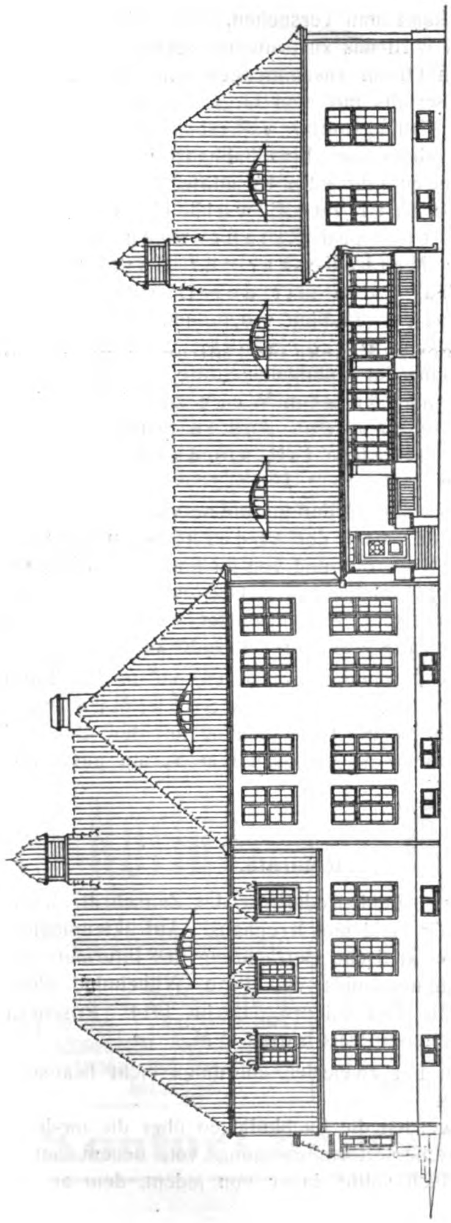
Sämtliche Krankenhäuser haben überdachte offene Veranden bezw. Liegehallen, die den Tagesräumen bezw. Schlafsälen vorgelagert sind.

Das Innere der Krankenhäuser ist einfach aber freundlich und wohnlich gestaltet. Die Decken und Wände sind hell gestrichen, der Sockel hat Ölfarbenanstrich erhalten.

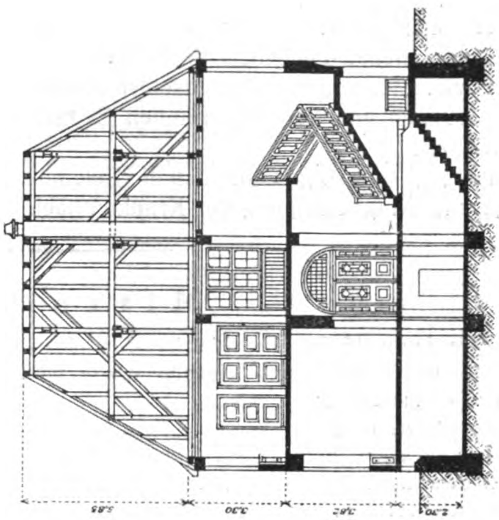
Die Grundrisse und inneren Einrichtungen anderer Anstalten sind mit verwertet bei den Krankenhäusern für Ruhige, Halbruhige, Sieche, der landwirtschaftlichen Kolonie und den Wirtschaftsgebäuden. Wertvolle Anregungen gaben hier nach vielen Richtungen hin die Anstalten in Alt-Scherbitz, Chemnitz, Dösen, Eglfing, Ellen, Frankfurt a. M.,



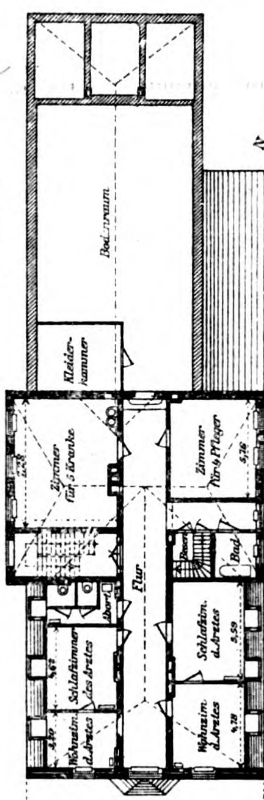
Nordansicht.



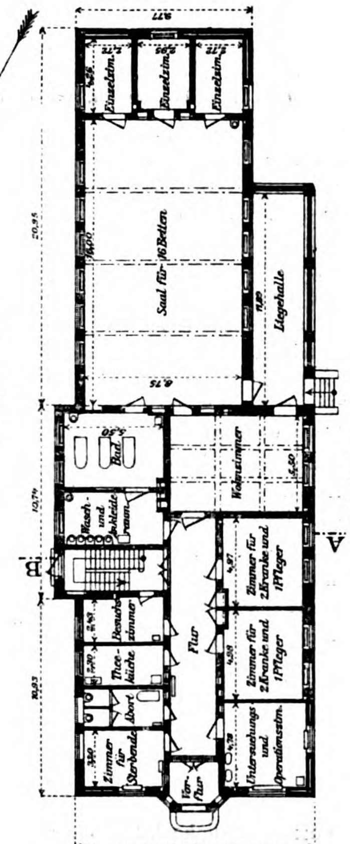
Westansicht.



Schnitt A—B.



Obergeschoß.



Erdgeschoß.

Aufnahmeabteilung für ruhige Männer.

Galkhausen, Groß-Schweidnitz, Johannistal, Lüneburg, Marburg, München, Neustadt, Warstein.

Vollkommen neu sind die Grundrisse der Aufnahmeabteilungen für ruhige und unruhige Kranke und der Pensionärhäuser. Sie haben sich aus den allmählich entstandenen baulichen Verhältnissen in der alten Irrenanstalt und aus den daselbst gesammelten Erfahrungen und hervorgetretenen Bedürfnissen entwickelt.

Die Grundrisse sind so gewählt, daß die Behandlung, Pflege und Beaufsichtigung der Kranken nach Möglichkeit erleichtert und an Betriebskosten möglichst gespart wird. Flure sind, soweit tunlich, vermieden. An ihnen liegen die Abwaschküche, Geräteraum, Badezimmer, Abort, Besucherzimmer und Zimmer für einzelne Kranke.

Im Interesse einer größeren Übersichtlichkeit und leichteren Ausübung der Krankenfürsorge sind Wachsäle, Einzelzimmer und Tagesräume möglichst zusammengezogen.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— In Nr. 38 Jahrg. 15 der „Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift" finden sich folgende Worte von Ritterhaus-Heinicke:

„Nur durch Erweckung des Verständnisses für Geisteskrankheiten in allen ihren Formen vom scheinbar harmlosen Schwachsinn bis zur schwersten Psychose, kann viel Unheil verhütet werden, was dem zu spät erkannten oder behandelten Geisteskranken selbst, seiner Familie und der Öffentlichkeit durch ihn droht. Rechtzeitig in die Anstalt Fort mit dem schädlichen Worte: „noch nicht anstaltsreif!" muß unser Ziel sein!" Zunächst soll also beim Publikum Verständnis für Geisteskrankheiten geweckt werden. Leider wird das in diesem Jahrhundert ein frommer Wunsch bleiben. Wie soll das Publikum alle Formen von Geisteskrankheiten kennen lernen? Schon viel wäre erreicht, wenn das Publikum statt bis zum 14. Lebensjahre bis zum 17. Lebensjahre die Schule besuchen müßte.

Die Zahl der Insassen der Anstalten hat sich in den letzten 30 Jahren ungeheuer vermehrt. Gewiß müssen gefährliche Kranke interniert werden.

Ich habe in meiner Privatpraxis häufig gesagt zu Leuten aus dem Mittelstande: Ihr Sohn oder ihre Tochter gehört in die Anstalt. Habe den Leuten erklärt, daß der Patient an Paranoia hallucinatoria acute leidet und daß leicht ein Unglück geschehen könne. Zufällig erkundigte ich mich nach einem Jahre über den Zustand und fand totale Heilung, auch beim Verbleiben im Hause.

Gewiß hat ein Psychiater ein sehr schweres, verantwortungsvolles, undankbares Fach. Man sollte ihm von Regierungsseite viel mehr entgegen kommen.

Aber im Interesse des Patienten liegt es nicht stets, wenn wir mit Ritterhaus einer Meinung sind: „Fort mit dem schädlichen Worte: „noch nicht anstaltsreif!" muß unser Ziel sein!"

Salus aegroti summa lex.

Dr. S. K. Thoden van Velzen,
Joachimsthal i. Mark.

— **Voraussichtliche Vereinfachung der Abderhaldenschen Methode.** In einem Aufsatz: „Notizen über die Verwertbarkeit des Dialysierverfahrens bei klinischen und biologischen Fragestellungen", Münch. med. Wochenschrift Nr. 5 S. 234, schreibt Prof. Abderhalden:

„Ferner kann man versuchen, ohne jede Dialyse zu arbeiten. Es wird das zu prüfende Serum im Reagenzglas mit dem Organ zusammengebracht und dann das Eiweiß des Serums mit dem Organ durch Koagulation resp. durch Fällungsmittel vollständig entfernt. Das Filtrat wird dann auf Eiweißabbaustufen untersucht. Dieses Verfahren gibt gute Resultate, wenn es gelingt, jede Spur von Eiweiß abzutrennen. Nach den eigenen Erfahrungen ist eine derartige Methode nur für Untersucher verwendbar, die mit der Eiweißchemie vertraut sind. Endlich arbeite ich zurzeit an der Verwendung der Ultrafiltration (Bechhold) für die Trennung der kolloidalen Stoffe von den übrigen. Ich hoffe, auf diesem Wege zu einem Verfahren zu gelangen, das in mancher Beziehung einfacher ist, als das Dialysierverfahren. . . . . ."

Im Hinblick darauf, daß gerade an vielen Irrenanstalten Untersuchungen mit der Abderhaldenschen Methode angestellt werden und von ihr hochwichtige Resultate für die Erforschung der Geisteskrankheiten teils schon gefunden sind, teils erwartet werden, ist diese Nachricht mit ganz besonderer Freude aufzunehmen. —

(Es dürfte übrigens interessieren, daß in dem Laboratorium von Carl Buchner & Sohn, München, Augustenstraße 19, die Untersuchung mit der Abderhaldenschen Methode an eingesandtem Serum ausgeführt wird.)

Referate.

— Elmer, Paul, Redakteur der Zeitschrift „Irrenrechts-Reform": Geld und Irrenhaus. Auf aktenmäßiger Grundlage eine kritische Betrachtung des Internierungs- und Entmündigungsfalles der Frau Wilhelmine Peill-Schillings. Mit drei Bildern. Berlin 1914. Rosenthal & Co. 246 Seiten. Preis brosch. 2 M.

Das Buch hat zweierlei, allerdings nicht beabsichtigte, Vorteile:

Erstens werden die Fachkollegen über die moderne antipsychiatrische Reformbewegung von neuem aufgeklärt. Das Buch sollte daher von jedem, dem an der

Stellung der Psychiatrie im öffentlichen Leben gelegen ist, gelesen und zum Anlaß und Ausgangspunkt für Abwehr oder wenigstens Unterstützung solcher genommen werden. Sein Erscheinen widerlegt die Ansicht derer, welche das bisher nicht für dringend nötig hielten.

Zweitens bringt es viele bisher nicht veröffentlichte Gutachten, welche über den im Titel genannten Fall erstattet worden sind, namentlich diejenigen, welche später, kurz vor dem Tode der Entmündigten, zur Aufhebung der Entmündigung geführt haben.

Wenn man immer wieder die uralte Erfahrung und Binsenwahrheit bestätigt findet, daß die volle Krankheitseinsicht, d. h. insbesondere die Einsicht gegenüber in der Krankheit vorhanden gewesenen, krankhaften Empfindungen, Gedanken, Äußerungen und Handlungen das erste zuverlässigste und schwerwiegendste Kriterium der völligen geistigen Wiederherstellung und daher das unerläßlichste Erfordernis für ihren Nachweis ist, so wird man dieses Kriterium in den die geistige Gesundheit bescheinigenden Gutachten aus Ende 1912 und den ersten Monaten 1913 recht vermissen.

Die Kranke schreibt unterm 11. Februar 1913 (S. 208), sie sei länger als ein Jahr „bei völliger geistiger Gesundheit" eingesperrt gewesen!

Es scheint auch, daß einige Sachverständige bei der Beurteilung des Geisteszustandes der Frau P. zu sehr durch das Erhaltensein der formalen, verstandesmäßigen Denkfunktionen und der intellektuellen Leistungen geleitet worden sind.

Die Kranke wäre sicherlich noch heute am Leben, wenn sie nicht, statt rechtzeitig wieder in die geordnete und sachgemäße Anstaltspflege zurückzukehren, in der sich früher ihr Zustand gebessert hatte, sich vielmehr den seelischen Aufregungen und Aufreibungen ausgeliefert hätte, welche mit der sinnlosen Flucht ins Ausland und in die Öffentlichkeit und mit dem forcierten Kampf ums Recht verknüpft waren.

Die drei Bilder sind: zwei bei Lebzeiten und eine nach dem Tode gemachte photographische Aufnahme der Frau P., eine Illustration, die man im Interesse der Entschlafenen nur bedauern kann.

Zum Fall Peill-Schillings vergl. die Aufsätze von Oberarzt Dr. Mörchen in dieser Zeitschrift Bd. XIV Seite 454 und 545. Mörchen hat den auch klinisch interessanten Fall durchaus richtig diagnostiziert und aufgefaßt (manisch-depressive Geistesstörung neben abnormer Charakteranlage). Bresler.

Therapeutisches.

Das neue Hypnoticum „Luminal". Von Dr. Friedr. Moerchen. (Aus dem Kurhaus Ahrweiler.) Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie Band XIII Heft Nr. 5 1912.

„Wir fassen zusammen: Luminal ist ein vielseitig, besonders auch subkutan anwendbares Hypnoticum und Sedativum. Bei seinem sehr differenten Verhalten ist es mit größter Sorgfalt zu dosieren, um unangenehme Nebenwirkungen zu vermeiden. Daß seine Wirkung individuell großen Schwankungen unterliegt, wird durch die große Sicherheit und Kraft des therapeutischen Effekts, der in vielen Fällen den bisher besten des Veronals noch übertrifft, wieder aufgehoben".

M. empfiehlt Injektionen nicht in die Haut, sondern tief in das Unterhautzellgewebe zu machen.

Kumulierende Wirkung kommt vor.

— **Zur Therapie des Hämorrhoidalleidens.** Von Dr. Jüngerich. (Aus der Poliklinik für Magen-Darm- und Stoffwechselkrankheiten von Dr. Lewandowski in Berlin.) Deutsche medizinische Wochenschrift, 1913, Nr. 44.

Eine gute Komposition in bezug auf die kombinierte hämostyptische, analgesierende, adstringierende und desinfizierende Wirkung stellen nach des Verfassers Erfahrungen die unter dem Namen Bismolan von Vial & Uhlmann angefertigten Präparate dar, die als Bismolanstuhlzäpfchen und als Bismolan-Gleitsalbe in den Handel kommen.

Zusammensetzung der Bismolansuppositorien: Bismut. oxychlorat. 0,1; Zinc. oxydat. 0,15; Solut. Suprarenin. 1/1000 0,005; Eucaini hydrochl. 0,05; Mentholi 0,05; Lanolin 0,50; Vaseiin solid. q. s. ad. gr. 2,00; M. f. suppos. d. tal. dos XII S.

Die Bismolanzäpfchen werden morgens nach der Stuhlentleerung und abends vor dem Schlafengehen eingeführt, die Bismolansalbe unmittelbar vor der Defäkation an den Eingang des Anus appliziert, damit die

Defäkation leicht und beschwerdelos die schlüpfrig gemachte Analenge passiert.

J. hat beide Präparate bei einer Anzahl Hämorrhoidarier mit sehr gutem Erfolge angewandt.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Aplerbeck.** Dem Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt San.-Rat Dr. Backenköhler wurde der Rote Adlerorden IV. Kl. verliehen.

— **Berlin.** Dem San.-Rat Dr. Oliven wurde der Rote Adlerorden IV. Kl. verliehen.

— **Greifswald.** Priv.-Dozent Dr. Vorkastner erhielt das Prädikat Professor.

— **Chemnitz.** Dr. Stremme als Hilfsarzt an der Nervenheilanstalt eingetreten.

— **Neckargemünd.** Dr. Rob. Metz ist als zweiter Arzt am Kurhaus für Nerven- und Gemütskranke eingetreten.

— **Wien.** Professor der Psychiatrie Dr. Hirschl ist gestorben.

— **Minden.** Dem Reg.- und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. O. Rapmund wurde anläßlich seines Ausscheidens aus dem Staatsdienste der Kronenorden II. Kl. verliehen.

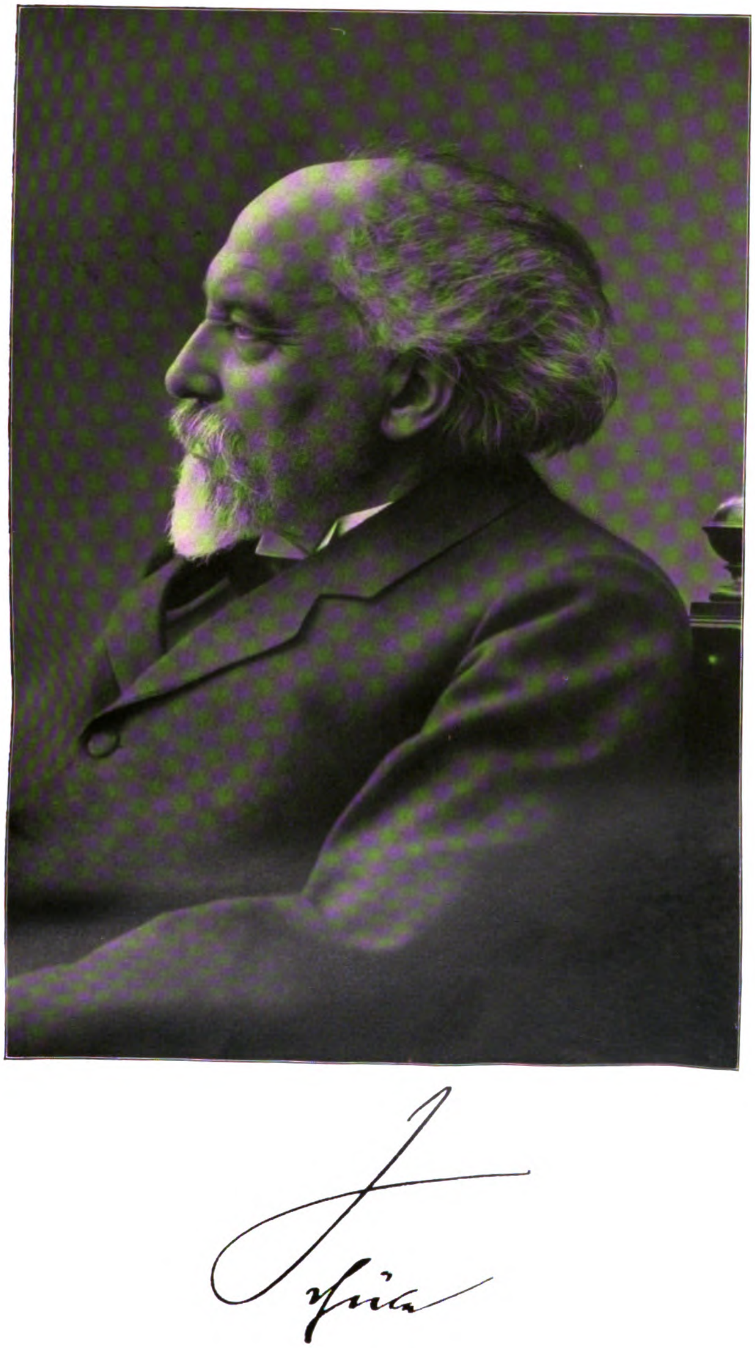
— **Schierke.** San.-Rat Dr. O. Haug erhielt den Charakter als Geh. Sanitätsrat.

— **Freiburg i. Br.** Privatdozent Dr. Kehrer, Assistenzarzt an der Psychiatrischen Klinik in Kiel, wurde als Oberarzt an die Psychiatrische Klinik in Freiburg i. Br. berufen.

— **Krakau.** Prof. extraord. Dr. St. Domanski wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

— **Turin.** Dr. P. Boveri und Dr. G. Mattirolo habilitierten sich für Neurologie.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 48. 28. Februar **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Über die bisherigen Ergebnisse des Dialysierverfahrens in der Psychiatrie. Von Dr. Römer in Illenau. (S. 575.) — Abwehrfermentreaktion bei zwei Kastrierten. Von Dr. Theobald in Eglfing. (S. 578.) — Die Methodik des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie. Von Dr. med. Bundschuh in Illenau. (S. 580.) — Staatl. Heilanstalt für Nervöse und Geisteskranke Lübeck-Strecknitz. Von Dir. Dr. Wattenberg. (Schluß.) (S. 581) — Mitteilungen (S. 584): Die Tuberkulin-Quecksilberbehandlung der progressiven Paralyse. — Referate. (S. 585.) — Personalnachrichten. (S. 587).

Über die bisherigen Ergebnisse des Dialysierverfahrens in der Psychiatrie.

Von Anstaltsarzt Dr. **Römer** in Illenau (Baden).

(Autoreferat über den gleichnamigen Vortrag bei der Versammlung Südwestdeutscher Irrenärzte, Karlsruhe, November 1913.)

Der Vortragende berichtet über seine gemeinsam mit Bundschuh ausgeführten Untersuchungen, die sich auf Gesunde, Psychopathen, Manisch-Depressive, Schizophrene und Paralytiker, und zwar speziell auf den Abbau von Hirnrinde, Schilddrüse und Geschlechtsdrüse beziehen; er vergleicht die Befunde mit den ersten grundlegenden Beobachtungen Fausers, sowie den weiteren Ergebnissen von Fischer-Rostock, Wegener-Jena, Neue-Greifswald, Kafka-Hamburg und Mayer-Tübingen. Dabei kommt er im wesentlichen zu folgenden Resultaten:

1. Die 14 Sera gesunder Individuen ergaben mit den genannten drei Organsubstraten durchweg negative Reaktion. Ebenso hatte Fauser und haben dann die übrigen genannten Untersucher bis auf Neue bei Gesunden niemals positive Reaktionen — namentlich nie mit Gehirn — gesehen. Auch Lampé und Papazolu fanden bei 30 Gesunden, die sie zwar nicht auf Abbau von Gehirn, dagegen auf Dysfunktionen zahlreicher anderer Organe untersucht hatten, durchweg negativen Ausfall. Das Serum von körperlich und geistig Gesunden besitzt demnach Abwehrfermente weder gegen Gehirn noch gegen andere Organe. Abweichende Befunde sind auf Versuchsfehler oder latente funktionelle Störungen bei den Untersuchten zurückzuführen.

2. Die konstitutionellen Psychopathien.[1]) 6 Psychopathen (2 Debile, 2 Neurastheniker, 2 Hysteriker) reagierten negativ. Analoge Befunde hatte von Anfang an Fauser, dann Kafka, Mayer und z. T. wenigstens Neue erhoben. Die erwähnten, allerdings noch wenig zahlreichen Fälle, stimmen mit der ganz überwiegenden Mehrzahl der übrigen Beobachtungen überein: Das Blutserum der konstitutionellen Psychopathen ist demnach im allgemeinen frei von Abwehrfermenten.

3. Das manisch-depressive Irresein. 11 Fälle ließen Abbau von Rinde, Schilddrüse und Geschlechtsdrüse vermissen, und zwar im manischen ebenso wie im depressiven Stadium und im freien Intervall. Dieser Befund harmoniert mit den analogen Erfahrungen Fausers, Fischers, Wegeners, Mayers und meistens auch Kafkas. Bei Manisch-Depressiven läßt sich im allgemeinen ein Abbau des Gehirns, der Schilddrüse oder Geschlechtsdrüse nicht nachweisen.

4. Die Dementia praecox. 48 Schizo-

[1]) Die Krankengeschichten der verwerteten Fälle, die fast alle seit langer Zeit — manche seit Jahrzehnten — in der Anstalt beobachtet sind, werden später ausführlich mitgeteilt werden, ebenso die zahlreichen Nachuntersuchungen, deren Erwähnung hier zu weit führen würde.

phrene bauten 41 mal Hirnrinde, 17 mal Schilddrüse und 43 mal Geschlechtsdrüse ab. Abbau von Geschlechtsdrüse wurde demnach nur 5 mal vermißt. Männliche Schizophrene bauten nur Testikel und nicht Ovarium, weibliche nur Ovarium und nicht Testikel ab. Dieser Befund stimmt im allgemeinen mit der Entdeckung Fausers überein, ebenso mit den Ergebnissen Wegeners, Fischers und Neues, während Mayer beträchtlich häufiger Abbau von Schilddrüse und Kafka relativ wenig positive Reaktionen erhielt. Die ganz überwiegende Mehrzahl der Beobachtungen, mit denen die Erfahrungen der Vortragenden übereinstimmen, spricht für einen fast konstanten Abbau von Rinde und Geschlechtsdrüse und einen nicht allzuhäufigen von Schilddrüse bei Dementia praecox. Kafkas Beobachtungen von dem gelegentlichen Abbau von Nebenniere konnten die Vortragenden bestätigen.

5. Die progressive Paralyse. Von 13 Paralytikern reagierten sämtliche mit Rinde positiv, sämtliche mit Schilddrüse negativ und sämtliche bis auf einen mit Testikel negativ. Dieses Resultat entspricht dem Fausers, Fischers und Wegeners; bezüglich der fast konstanten positiven Reaktion mit Hirnrinde auch dem Neues, Kafkas und Mayers, die im übrigen mit Schilddrüse und Testikel häufiger positive Reaktionen erhielten, vor allem Mayer fast regelmäßig mit Leber. Die mitgeteilten Beobachtungen sprechen also im Verein mit denen anderer Autoren für die überwiegende Häufigkeit des Reaktionstypus: mit Rinde positiv, mit Schilddrüse und Geschlechtsdrüse negativ. Die abweichenden Befunde einer zweiten Gruppe von Untersuchern bedürfen noch einer weiteren Klärung.

Der zentrifugierte Liquor cerebro-spinalis wurde bei 7 Paralytikern frei von Abwehrfermenten gegen Hirnrinde gefunden, selbst bei Liquormengen bis 3 ccm. Dieser negative Befund deckt sich mit dem der andern Beobachter.

Die erwähnten Differenzen der Ergebnisse erklären sich hinreichend mit der schwierigen, an Fehlerquellen reichen Technik, der Komplikation der Versuchsanordnungen durch die gleichzeitige Untersuchung mit verschiedenen Organen und mit den offenbar beträchtlichen Schwankungen des Fermentgehaltes des Blutes; zudem kann im Hinblick auf die Entwicklung der klinischen Psychiatrie unmöglich erwartet werden, daß die klinischen Krankheitseinheiten von heute ohne weiteres mit serologischen Reaktionstypen zusammenfallen werden. Trotzdem kann man in der Menge des Unsicheren die erwähnten Andeutungen gewisser Regelmäßigkeiten erblicken — wenn auch nur in ganz vorläufiger Weise.

Über die pathogenetische Bewertung solcher angedeuteter Gesetzmäßigkeiten läßt sich bis jetzt nur etwa folgendes vermuten:

1. Was zunächst den Abbau von Gehirn anlangt, so wird ein solcher bei den konstitutionellen Psychopathien und dem manisch-depressiven Irresein stets vermißt, während eine Dysfunktion der Hirnrinde fast immer bei der Dementia praecox. und ziemlich regelmäßig bei den thyreogenen Psychosen und gewissen andern psychotischen Zuständen nachweisbar ist.

Daß bei den konstitutionellen Abweichungen von der psycho-physiologischen Durchschnittsnorm und den reaktiven Psychosen der Psychopathen das Serum sich verhält wie bei den Gesunden, erscheint nicht weiter auffallend; dagegen bedarf der negative serologische Befund bei den Anfällen des manisch-depressiven Irreseins noch umfangreicher Nachprüfungen, auch mit Methoden, die noch weiter verfeinert und ferner zum Nachweis von andern als proteolytischen Fermenten geeignet sind.

Auch aus andersartigen Untersuchungen wissen wir, daß bei der progressiven Paralyse (wie bei der Epilepsie) der Stoffwechsel des Gehirns gestört ist. Neu dagegen ist der serologische Nachweis einer Dysfunktion des Gehirns vor allem bei den thyreogenen Psychosen und der Dementia praecox. Hierdurch ist für die Theorie, es liege dem Kreis von Psychosen, den Kraepelin unter klinischen, Bleuler unter psychologischen Gesichtspunkten zu charakterisieren versucht hat, im wesentlichen eine Stoffwechselstörung des Gehirns zugrunde, der exakte Beweis geliefert.

Der Abbau der Hirnrinde erlangt also, wie es scheint, den Wert eines unterscheidenden Merkmals der durch anatomische und chemische Hirnprozesse bedingten Psychosen gegenüber der Gruppe der konstitutionell-psychopathischen Zustände einschließlich des manisch-depressiven Irreseins. Wenn einmal genügend zahlreiche Erfahrungen — namentlich auch über die Schwankungen der Fermentbildung — gesammelt sind, wird es im einzelnen Falle einer beginnenden Psychose vielleicht möglich sein, mit Hilfe der Seroreaktion auf Dysfunktion der Hirnrinde den nur psychologisch maskierten Anfang eines „Hirnprozesses“ von einem vielleicht schizophren aussehenden Zustand konstitutionell-psychopathischer Natur diagnostisch zu unterscheiden. Für die

psychiatrische Bewertung des Rindenabbaues sind u. a. noch serologische Untersuchungen von Nerven- und Hirnkranken, die geistig gesund sind, dringend erforderlich.

2. Bei gewissen Gruppen von Geisteskrankheiten mit Abbau von Hirnrinde läßt sich außerdem eine gleichzeitige Dysfunktion anderer Organe nachweisen: bei der Paralyse, wie es scheint, gelegentlich von Schilddrüse, Testikel, Leber und Niere, bei der Dementia praecox ziemlich regelmäßig von Geschlechtsdrüse, öfters von Schilddrüse, mitunter von Nebenniere, bei den thyreogenen Psychosen stets von Schilddrüse.

Diese gleichzeitige Dysfunktion kann zunächst rein zufällig sein, so wird z. B., wenn sich bei einem Geisteskranken eine chronische Nephritis entwickelt, das serologische Bild durch den Abbau von Niere kompliziert. Zur Ausscheidung derartiger Komplikationen ist eine Erweiterung der bisher nur spärlich vorliegenden Erfahrungen über das serologische Bild interner Krankheiten unbedingt erforderlich.

Erweist sich dagegen eine mit dem Abbau von Hirnrinde gleichzeitige Dysfunktion eines oder mehrerer Organe als annähernd konstant, so spricht dies für einen gesetzmäßigen Zusammenhang; dieser kann dreifacher Art sein, je nachdem der primäre Faktor in der Dysfunktion des Gehirns oder in der Dysfunktion des gleichzeitig abbauenden Organes oder aber in einer gemeinsamen Ursache für beide Funktionsstörungen zu suchen ist.

Dieser letzte Modus könnte für die Paralyse in Betracht kommen, bei der die Lues, d. h. die Spirochäten den Zellstoffwechsel gleichzeitig im Gehirn und den sonstigen dysfunktionierenden Organen alterieren können.

Eine primäre Schilddrüsendysfunktion muß bei den thyreogenen Psychosen im Hinblick auf die Entwicklung des klinischen Bildes angenommen werden.

Ein zwingender Beweis für die Existenz eines solchen Kausalnexus bei der Dementia praecox ist bis jetzt noch nicht erbracht, wenn auch die Annahme einer primären Funktionsstörung des innersekretorischen Apparates heute ziemlich plausibel erscheint. Jedenfalls steht die Pathologie der Dementia praecox in einem engen, wenn auch noch nicht näher geklärten Zusammenhang mit Störungen der innern Sekretion, und wird die Vagotonieforschung gerade auch im Hinblick auf die Dysfunktion der Nebenniere in dieser Richtung von neuem aktuell.

Übrigens darf über diesen neuen Befunden der hereditäre Faktor nicht vergessen werden; eine serologische Familienforschung wird zeigen müssen, ob es sich bei der schizophrenen Anlage etwa um eine ererbte Stoffwechselschwäche des Zentralnervensystems oder des innersekretorischen Apparates oder eine dispositionelle Korrelation beider Organgruppen handelt.

Die Frage, ob bei der Dementia praecox Fälle mit ausschließlicher Dysfunktion der Geschlechtsdrüse von solchen mit ausschließlicher Dysfunktion der Schilddrüse abzutrennen sind, kann wegen der großen Schwankungen des Fermentgehaltes des Blutes erst entschieden werden, wenn eine größere Anzahl von Fällen längere Zeit hindurch serologisch verfolgt worden ist.

Mit dem Dialysierverfahren ließ sich somit bis jetzt eine Dysfunktion des Gehirns für eine Reihe von Geisteskrankheiten exakt nachweisen, bei denen Störungen des Gehirnstoffwechsels teils schon bekannt waren (Paralyse, gewisse akute epileptische u. a. Zustände), teils mit größerer oder geringerer Wahrscheinlichkeit bisher nur vermutet wurden (thyreogene Psychosen und Dementia praecox). Außerdem eröffnet der Nachweis einer mit dem Abbau der Hirnrinde gleichzeitigen Dysfunktion anderer Organe einen neuen Einblick in gewisse somatische Störungen, die teils jetzt schon als die Grundlage bestimmter Psychosen anzusehen sind (wie bei den thyreogenen Psychosen), teils mit bestimmten Psychosen in einer noch nicht genügend geklärten gesetzmäßigen Verbindung stehen (wie bei der Dementia praecox).

Nach den neuen Befunden ist das Gros der bisher zur Dementia praecox gerechneten Fälle anstatt zu den „funktionellen“ Psychosen künftig zu der Gruppe der Psychosen mit Störung des Gehirnstoffwechsels zu rechnen; zugleich ist ihr enger Zusammenhang mit Funktionsstörungen des innersekretorischen Apparates dargetan.

Was schließlich die praktische Verwertbarkeit der neuen Resultate anlangt, so bedarf er selbstverständlich weiterer umfangreicher und fortgesetzter klinisch-serologischer Parallelbeobachtungen, bevor an eine systematische Verwertung der Sero-Reaktion für die praktische Diagnostik gedacht werden kann. Ehe dieser Schritt aus dem Stadium der rein wissenschaftlichen Forschung in das der praktischen Verwertbarkeit getan werden kann, ist natürlich auch die Verwendung der neuen Methode für forens-psychiatrische Zwecke nicht diskussionsfähig.

Mehrfach wurden aus den vorliegenden Resultaten Folgerungen für therapeutische Versuche gezogen. Wenn auch der pathogenetische

Mechanismus bei der Dementia praecox noch keineswegs geklärt ist und wir deshalb über strenge Indikationen noch nicht verfügen, so erscheinen nach der Ansicht der Vortragenden zwar nicht radikale, aber vorsichtig tastende Behandlungsversuche bei der Aussichtslosigkeit des Krankheitsprozesses doch berechtigt, ja angezeigt, um so mehr als die neue Methodik eine genaue Kontrolle der therapeutischen Maßnahmen ermöglicht. Wie von anderer Seite schon ausgeführt, kommt eine Substitution der dysfunktionierenden Organe, etwa durch Organpräparate und später auch durch Organimplantation in Betracht, wobei man durch eine vorausgeschickte oder gleichzeitige Nukleinsäurebehandlung die Bildung von Abwehrfermenten anregen bezw. steigern kann.

Bei einigen thyreogenen Psychosen hat Fauser die partielle Ausscheidung der Schilddrüse versucht. Dem Gedanken einer Kastration oder Sterilisation von Schizophrenen zum Zwecke der Behandlung kann man erst näher treten, wenn entschieden ist, ob die Dysfunktion der Geschlechtsdrüsen von deren generativem oder, was wahrscheinlicher ist, von deren innersekretorischem Teil ausgeht.

(Die ausführliche Publikation erfolgt später.)

Aus der oberbayerischen Heil- und Pflegeanstalt Eglfing bei München.
Direktor: Med.-Rat Dr. Vocke.

Abwehrfermentreaktion bei zwei Kastrierten.

Von Dr. **Max Theobald**, kgl. Anstaltsarzt.

In einer Arbeit aus der Anstalt Eglfing [1]) wurde kurz eines Falles Erwähnung getan, bei dem Abwehrfermente gegen Hoden im Serum konstatiert wurden, obgleich der betreffende Kranke vor über zwei Jahren beiderseitig kastriert worden war. Da der Befund gegen die Spezifität der Abderhaldenschen Fermente sprechen könnte und tatsächlich auch auffallend und paradox erscheint, soll im folgenden etwas näher auf ihn eingegangen werden. Es handelt sich um einen 43 Jahre alten, schwer zu behandelnden, reizbaren Mann, der wegen Betrugs, Hehlerei, Unterschlagung, Erpressung und Diebstahl im Rückfall insgesamt fast 15 Jahre hinter Gefängnismauern verbracht hat. Er queruliert gern, konfabuliert, verdächtigt und lügt hie und da dermaßen, daß man gut tut, allein mit ihm gar nicht zu sprechen, dabei brüstet er sich mit Mordtaten und Gefährlichkeit, ist voller Selbstüberschätzung und führt über die Ärzte der Anstalt Akten. Ab und zu hat er hysterische Erregungs- und Verwirrtheitszustände. Dieses Bild der Hysterie und Psychopathie wurde in letzter Zeit noch durch epileptiforme Anfälle kompliziert, an die er anscheinend keine Erinnerung hat. Nachdem er sich schon seit 1904 Gedanken darüber gemacht hatte, sich kastrieren zu lassen, wurde er auf sein Drängen hin wegen anfallsweise auftretender Schmerzen im Hoden Mitte 1911 beiderseits kastriert. Nachher begab er sich in psychiatrische Behandlung. Daß eine Besserung des psychischen Zustandsbilds nach der Kastration nicht eingetreten ist, beweist das geschilderte Verhalten.

[1]) Berliner klin. Wochenschrift 1913 Nr. 47.

Das Ergebnis der Untersuchung des Blutserums auf Abwehrfermente ist aus folgender Tabelle ersichtlich:

Tabelle I.

Serum 1,5 + benutztes Organ 0,5	Reaktionsergebnis
1. Serum ohne Organ	—
2. Serum ohne Organ	
3. Serum + menschl. Hirnrinde a	++
4. Serum inakt. + menschl. Hirnrinde a	—
5. Serum + menschl. Hirnrinde b	++
6. Serum inakt. + menschl. Hirnrinde b	—
7. Serum + menschl. Hirnrinde c	+
8. Serum inakt. + menschl. Hirnrinde	—
9. Serum + menschl. Testikel a	++
10. Serum inakt. + menschl. Testikel a	—
11. Serum + menschl. Testikel b	++
12. Serum inakt. + menschl. Testikel b	—
13. Serum + menschl. Testikel c	+
14. Serum inakt. + menschl. Testikel c	—
15. Serum + Testikel Stier a	+
16. Serum inakt. + Test. Stier a	—
17. Serum + Testikel Stier b	++
18. Serum inakt. + Testikel Stier b	—
19. Serum + menschl. Schilddrüse	+
20. Serum inakt. + menschl. Schilddrüse	—.

Besonders auffallend erscheint in dem Untersuchungsergebnis die positive Abwehrfermentreaktion gegen Hodengewebe, nachdem nach Abderhalden die Abwehrfermente jenen Organen zu entstammen scheinen, auf die sie eingestellt sind, die aber in diesem Fall operativ entfernt worden sind. Man könnte bei dem Befund zunächst an verlagerte bei der Operation zurückgebliebene

Hodengebilde denken — der Kranke hat nach seinen Angaben noch Pollutionen und Erektionen — oder an ein vikariierendes Eintreten von Samenstrang und Samenbläschen, die vielleicht ähnliche Bausteingruppen wie der Hoden enthalten — in der Tat wird häufig bei Fällen von weiblicher Dementia praecox, wenn Geschlechtsdrüsen abgebaut werden, neben Ovar z. B. auch Uterusgewebe abgebaut. — Von größerer Bedeutung für den positiven Ausfall der Reaktionen wird jedoch der konstante Gebrauch von Hypnotizis, vor allem Paraldehyd und Luminal sein, die der Kranke kontinuierlich und wegen Gewöhnung in ziemlich hohen Dosen zu sich nimmt und die ihm bei seiner Gereiztheit und habituellen Schlaflosigkeit mit dem besten Willen nicht abzugewöhnen sind. Bei unseren Versuchen wurde ab und zu bei Patienten, besonders wenn sie längere Zeit hindurch hyosziniert werden mußten (Hyoscin-Morfin), ein Abbau aller möglichen Organe konstatiert, ebenso auch bei länger dauerndem Paraldehydgebrauch. Es werden eben durch diese für den Orgnismus wohl nicht indifferenten Mittel unzählige Bausteine verschiedenster Organzellen oder ihrer Abbaustufen in die Blutbahn übergeführt, worauf der Organismus mit einer Anzahl verschiedenster Abwehrfermente reagieren wird. Es kann daher dieser Fall wohl kaum gegen die Spezifität der Abwehrfermente ins Feld geführt werden.

In unserer Anstalt findet sich nun noch ein anderer kastrierter Patient, bei dem Schlafmittel nicht zur Anwendung kommen und wo trotz Fortbestehens der psychischen Erkrankung die paradoxe Hodenreaktion wegfällt. Die Untersuchung des Blutserums auf Abwehrfermente ergab einen aus folgender Tabelle zu ersehenden Befund.

Tabelle II.

1. Serum allein	—
2. Serum + menschl. Hirnrinde a	angedeutet
3. Serum inakt. + menschl. Hirnrinde a	—
4. Serum + menschl. Hirnrinde b	fraglich
5. Serum inakt. + menschl. Hirnrinde b	—
6. Serum + Kalbshirn	+
7. Serum inakt. + Kalbshirn	—
8. Serum + menschl. Kleinhirn	—
9. Serum inakt. + menschl. Kleinhirn	—
10. Serum + menschl. Testikel a	—
11. Serum inakt. + menschl. Testikel a	—
12. Serum + menschl. Testikel b	—
13. Serum inakt. + menschl. Testikel b	—
14. Serum + menschl. Schilddrüse a	—
15. Serum inakt. + menschl. Schilddrüse a	—
16. Serum + menschl. Schilddrüse b	—
17. Serum inakt. + menschl. Schilddrüse b	—
18. Serum + menschl. Ovar a	—
19. Serum inakt. + menschl. Ovar a	—
20. Serum + menschl. Ovar b	—
21. Serum inakt. + menschl. Ovar b	—
22. Serum + menschl. Aorta	angedeutet
23. Serum inakt. + menschl. Aorta	—
24. Serum + menschl. Leber	angedeutet
25. Serum inakt. + menschl. Leber	—
26. Serum + Leber Schwein	+
27. Serum inakt. + Leber Schwein	—.

Man ersieht aus der Tabelle einen angedeuteten Hirnrinden-, Aorten- und Leberabbau, während die Abwehrfermentreaktion gegen Hoden, Ovar und Schilddrüse negativ ist. Die Krankengeschichte ist kurz folgende:

Alter: 34 Jahre. Erbliche Belastung. Als Kind lebhaft, wurde mit 13 Jahren gleichgültig, still, schläfrig, kam dann nur mehr schwer in der Schule mit. Schon nach dem Absolutorium war er einige Monate in einem Nervensanatorium. Später studierte er abwechslungsweise ohne Erfolg Landwirtschaft und Medizin. Mit 24 Jahren war er wieder in einer Anstalt, litt damals an Heißhunger, unangenehmen Sensationen, absonderlichen Größen-, Versündigungs- und Verfolgungsideen, verkannte Personen, hörte Stimmen, wurde unordentlich. Nach seinen Angaben „liebäugelte" er schon auf dem Gymnasium mit dem Gedanken der Kastration, und nachdem ihm bei einer Bahnfahrt während eines Gespräches mit Freunden die Idee aufgetaucht war, daß degenerierte Persönlichkeiten an der Fortpflanzung gehindert werden müßten, kaufte er sich kurz entschlossen eines Abends im April 1906 Instrumente und Nähmaterial und beraubte sich in einer 2 Std. dauernden Selbstoperation zu Hause ohne Lokalanästhesie beider Hoden, die er bei der klinischen Aufnahme eingewickelt in der Tasche stecken hatte. In der Folge wurde er noch stumpfer, zu manchen Zeiten spricht er leise, lispelnd, geheimnisvoll, ist bald läppischer, bald schwermütiger Verfassung, ablehnend, ausweichend, mißtrauisch, verschlossen, impulsiv, vor der Blutentnahme ist er gereizt, erregt, voller Beeinträchtigungsideen. Sein Haar ist in der letzten Zeit vollständig ergraut. An der Diagnose ist wohl kein Zweifel.

Die angedeutete Abwehrfermentreaktion gegen Hirnrinde weist auf eine Dysfunktion derselben hin, die vielleicht beeinflußt wird von der festgestellten Dysfunktion von Gefäßwand und Leber. Eine Hoden- oder Schilddrüsendysfunktion besteht nicht. Nachdem Fauser wiederholt nach Schilddrüsen-

exstirpation bei Patienten mit serologisch festgestellter Dysfunktion der Schilddrüse eine auffallende Besserung des psychischen Krankheitsbildes erwähnt, dürfte hier nicht unwichtig sein festzustellen, daß in beiden beschriebenen Fällen durch die Kastration eine Besserung nicht eingetreten ist.

Die Methodik des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie.

Von Anstaltsarzt Dr. med. **Bundschuh** in Illenau (Baden).

(Autoreferat über den gleichnamigen Vortrag bei der Versammlung Südwestdeutscher Irrenärzte. Karlsruhe, November 1913.)

Nach kurzer Auseinandersetzung der Entwicklung und der Grundlage der Abderhaldenschen Lehre wurde die Methodik des Dialysierverfahrens und speziell ihre Besonderheiten und Schwierigkeiten bei der Anwendung auf das psychiatrische Gebiet dargelegt. In diesem Zusammenhange wurde unter eingehender Erläuterung der verschiedenen Fehlerquellen u. a. auf die Eichung und Behandlung der Hülsen, die Ninhydrinreaktion und die Darstellung der Organe hingewiesen. Diese ist bei diesen Untersuchungen viel komplizierter, als bei der Graviditätsdiagnostik, da für psychiatrische Zwecke gleichzeitig mehrere Organe in Betracht kommen, und man auf Leichenorgane angewiesen ist. Zunächst wird man bedacht sein, die Sektion möglichst früh zu machen. Die Organe müssen absolut blutfrei sein. Das Gehirn wird 20 bis 24 Stunden entfettet, damit es ein brauchbares Substrat liefert. Nach diesseitigen Erfahrungen finden sich gelegentlich an sich einwandsfrei, namentlich völlig blutfrei präparierte Organe, die paradox, d. h. teils im Sinne, teils entgegen der Erwartung reagieren, offenbar infolge ihrer durch die zum Tode führenden Krankheitsprozesse veränderten Qualität. Dies ist namentlich der Fall, wenn eine lange Agone vorausging, oder die Todesursache eine schwere Infektionskrankheit, namentlich Tuberkulose war. Derartige Organe sind deshalb prinzipiell auszuschließen. Der morphologische Zustand des Organs ist offenbar überhaupt nicht gleichgültig. Es ist möglich, daß bei bestimmten Krankheiten normales Gewebe nicht abgebaut, während ein solches mit bestimmten homologen Veränderungen angegriffen wird. Lampé und Papazolu haben das differente Verhalten von normalen und von Basedow-Schilddrüsen gegenüber dem Basedow-Serum nachgewiesen. Und nach den Erfahrungen des Vortragenden scheint es, als ob Serum von Dementia-praecox-Kranken mit „Dementia-praecox-Organen" zusammengebracht stärker reagiert, als mit normalen. Diese Frage bedarf aber noch der weitgehendsten Prüfung, ebenso diejenige, ob und wie weit die entsprechenden Tierorgane an Stelle der Menschenorgane verwendet werden können, was nach den diesseitigen allerdings noch nicht abgeschlossenen Untersuchungen möglich zu sein scheint. Jedenfalls ist es durchaus erforderlich, daß in jedem Versuchsprotokoll jedes Substrat genau nach seiner Provenienz charakterisiert wird.

Besonders wichtig neben der Serumkontrolle ist die Kontrolle des Organs, die auf psychiatrischem Gebiete großen Schwierigkeiten begegnet, denn ein „Einstellen" ist bei der geringen Menge einzelner Organsubstrate praktisch nicht allgemein durchführbar. Die übliche Kontrolle „Organ + Aqua dest." ist völlig unzulänglich und auch die Kontrolle „Organ + inaktiviertes Serum" schützt nicht absolut gegen Fehlerquellen. Die Zuverlässigkeit dieser Kontrolle, die derjenigen mit „Organ + Aqua dest." bei weitem vorzuziehen ist, könnte durch Anwendung einer größeren Organmenge — also mehr als 0,5 — erhöht werden. Eine einigermaßen zuverlässige Kontrolle und Prüfung der Organe ist nur durch die Versuchsanordnung möglich. Da das Serum des Gesunden nie einen Abbau zeigt, soll in jedem Versuche ein solches geprüft werden oder auch das eines Kranken, bei dem eine negative Reaktion zu erwarten ist (Manisch-depressiver, Hysteriker, Psychopath). An Stelle des Menschenserums kann auch ein Tierserum treten. Ferner da Geschlechtsspezifität feststeht, wird das männliche Serum mit Ovarium und das weibliche mit Testikel zusammengebracht; außerdem sind nach Möglichkeit bei jedem Organe nebeneinander zwei Substrate verschiedener Provenienz zu verwenden. Ein auf diese Weise angeordnetes, nachstehendes Versuchsprotokoll wurde demonstriert.

Gesunder Mann:

1.	Serum allein	—
2.	Serum mit Rinde X	—
3.	Serum mit Rinde Y	—

4. Serum mit Schilddrüse X	—
5. Serum mit Testikel	—
6. Serum mit Ovarium	—

Manisch-depressiver bezw. Hysterie bezw. Psychopathie — Mann:

7. Serum allein	—
8. Serum mit Rinde X	—
9. Serum mit Schilddrüse X	—
10. Serum mit Schilddrüse Y	—
11. Serum mit Testikel	—

Dementia praecox — Frau

12. Serum allein	—
13. Serum mit Rinde X	+
14. Serum mit Rinde Y	+
15. Serum mit Schildrüse X	—
16. Serum mit Ovarium	+
17. Serum mit Testikel	—

Paralyse — Mann

18. Serum allein	—
19. Serum mit Rinde X	+
20. Serum mit Schilddrüse X	—
21. Serum mit Schilddrüse Y	—
22. Serum mit Testikel	—

Inaktiviertes Serum

23. mit Rinde X	—
24. mit Rinde Y	—
25. mit Schilddrüse X	—
26. mit Schilddrüse Y	—
27. mit Testikel	—
28. mit Ovarium	—

Staatl. Heilanstalt für Nervöse und Geisteskranke Lübeck-Strecknitz.

Von Direktor Dr. **Wattenberg.**

(Schluß.)

Für die Absonderung von Patienten, die an Infektionskrankheiten leiden, ist im Obergeschoß der Aufnahmeabteilung für unruhige Kranke eine Infektionsabteilung mit besonderem Zugang errichtet.

Isolierräume zur Unschädlichmachung schwer aufgeregter Geisteskranker, im Sinne der alten Tobzellen, sind nicht vorhanden. Sie hatten sich als ernste Hemmnisse einer Weiterentwicklung der freien Behandlung und dauernden Beobachtungsmöglichkeit der Kranken herausgestellt und waren bereits in der alten Irrenanstalt mit dem 29. Mai 1894 in Krankenzimmer umgewandelt. Die seitdem in 20 jähriger Probezeit reichlich gesammelten Erfahrungen haben ihre Entbehrlichkeit erwiesen.

Für die sichere Aufbewahrung von nicht akut erkrankten psychopathisch Minderwertigen, Imbezillen u. a. mit verbrecherischen Eigenschaften (Neigung zum Ein- und Ausbrechen, Aufwiegeln, Komplottieren usw.) sind auf den Männerabteilungen vier feste Räume vorgesehen. Sie unterscheiden sich von einem gewöhnlichen Krankenzimmer nur dadurch, daß Türen und Fenster gesichert sind.

In sämtlichen Krankenhäusern sind die Fußböden, Decken und Treppen massiv (Eisenbeton) hergestellt.

Die Fußböden und teilweise auch die Wände der Badezimmer, Waschzimmer, Abwaschküchen, Aborte und Geräteräume haben Plattenbelag auf Zementestrich.

In den ruhigen offenen Abteilungen können die ganzen Fenster durch die Kranken selbst geöffnet werden, in den halbruhigen Abteilungen nur die Oberlichtfenster. Fenstergitter sind nirgends angebracht.

Auf eine zweckmäßige Herstellung und Einrichtung der Badezimmer ist besonderer Wert gelegt. In den Wachabteilungen für unruhige Kranke sind die Badezimmer, die für Aufnahme- und Reinigungsbäder dienen, getrennt von den Dauerbädern angeordnet. Nur die Aufnahmeabteilungen für unruhige Kranke haben Feuertonwannen, alle übrigen gußeisenemaillierte. Die Zuleitungsrohre sind ummantelt. Die Temperatur des zufließenden Wassers wird durch die Hand kontrolliert.

Die Aborte haben, abgesehen von den Pensionärhäusern, nirgends Sitzbretter. Die Spülung kann durch die Kranken betätigt werden. Auf den Wachabteilungen befinden sich in jedem Wachsaal zwei freistehende Aborte, desgleichen in den Badezimmern.

Da die Anstalt eine eigene Feuerwehr nicht besitzt, sind die Häuser möglichst feuersicher hergestellt, dabei ist für eine leichte Entleerbarkeit der Krankenzimmer Sorge getragen. Außerdem sind verschiedene Einrichtungen geschaffen, um das geringste Feuer gleich beim Entstehen rasch und energisch unterdrücken zu können (Außenhydranten, Innenhydranten, Handspritzen, Feuerlöscheimer).

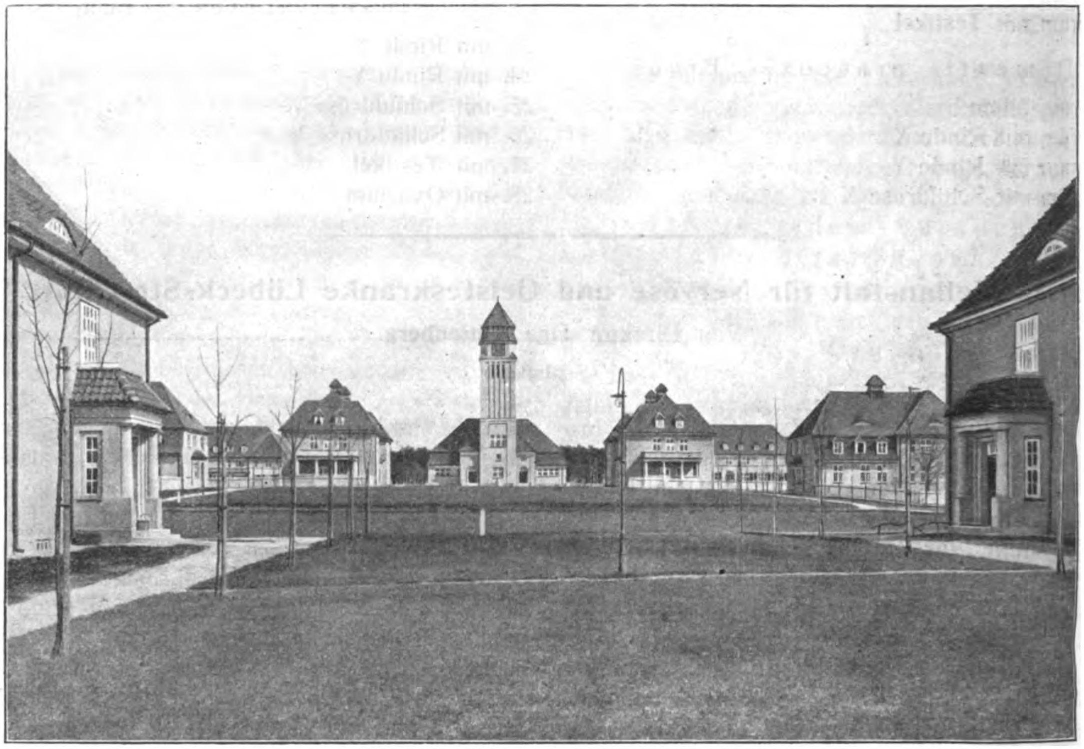
Ein für beide Geschlechter gemeinsames Operationszimmer befindet sich in der Aufnahmeabteilung für ruhige Männer.

Sämtliche Krankenhäuser besitzen Besucherzimmer, die auch für ärztliche Untersuchungszwecke benutzt werden können.

Die Gärten der Krankenhäuser sind mit Lattenzäunen von 1,20—1,80 m Höhe eingefriedigt. Nur die Gärten der Häuser für Sieche, die auch von Exhibitionisten, Unsozialen und entweichungsverdächtigen verbrecherischen Kranken benutzt werden, haben Mauern als Einfriedigung.

f) den Heizungs- und Lüftungsanlagen,
g) der elektrischen Beleuchtungsanlage,
h) der zentralen Fernsprechanlage,
i) der Pumpstation für die Kläranlage.

Die Kesselanlage umfaßt 2 Stück Zweiflammrohr-Dampfkessel von je 100 qm Heizfläche bei 8 Atm. Betriebsdruck, von denen der eine Kessel als Reserve dient, und 1 Stück Zweiflammrohr-Warmwasserkessel von 120 qm Heizfläche zur direkten



Gesellschaftshaus und Krankenpavillons.

Bereitung des Warmwassers für den Betrieb der Gebäudeheizungen. Der Schornstein hat 1500 mm oberen lichten Durchmesser und 45 m Schafthöhe. Die Abmessungen desselben sind so gewählt, daß sie für die spätere Erweiterung der Kesselanlage bei vollem Ausbau der Anstalt ausreichen.

Die Bereitung des warmen Gebrauchswassers für Bade-, Reinigungs- und Waschzwecke geschieht zentral im Maschinenhause der Anstalt. Die Herstellung des warmen Gebrauchswassers erfolgt indirekt in einem schmiedeeisernen Gegenstromapparat mit kupfernen Rohrbündeln bzw. in zwei liegenden schmiedeeisernen Vorratsbehältern von je 12 cbm Inhalt mit kupfernen Heizschlangen, indem durch das Rohrbündel bezw. die Heizschlangen der Abdampf der Maschinen bezw. reduzierter Frischdampf von 0,1 Atm. Überdruck geschickt wird. Zur Kontrolle der Temperatur des warmen Wassers

IX. Maschinelle Anlagen.

Die maschinellen Anlagen der Heilanstalt Strecknitz haben den Zweck, die Anstalt mit dem erforderlichen Dampfe zum Betriebe der Wasch- und Kochküche, der Versorgung mit kaltem und warmem Wasser und zum Betriebe der Heizungs- und Lüftungsanlagen in den einzelnen Gebäuden im Winter zu versehen. Sie bestehen in der Hauptsache aus folgenden Teilen:

a) der zentralen Kesselanlage,
b) der zentralen Verteilerstation für den Dampf,
c) der zentralen Warmwasserbereitungsanlage nebst Verteilleitungen,
d) der Pumpstation für die Kaltwasserversorgung einschließlich Brunnen, Wasserturm nebst Hochbehälter und den Verteilleitungen,
e) den maschinellen Einrichtungen für Wasch- und Kochküche,

in den am entferntesten gelegenen Gebäuden ist im Maschinenhause eine Fernthermometeranlage vorhanden, welche jederzeit ein Ablesen der Temperaturen ermöglicht. Um auch an den entferntesten Entnahmestellen jederzeit sofort Warmwasser zapfen zu können, ist im Maschinenraum eine elektrisch betriebene Zentrifugalpumpe aufgestellt, welche den Wasserinhalt im Verteilnetz umwälzt.

Die Heilanstalt Strecknitz besitzt eine eigene Wasserversorgung mit Wasserturm und Hochbehälter von 60 cbm Inhalt, welcher aus Beton hergestellt ist. Das Wasser wird 2 Rohrbrunnen von rund 30 m Tiefe und 250 mm bezw. 200 mm lichte Weite entnommen, welche, auf dem Anstaltsgelände gelegen, rund 100 m voneinander entfernt sind. Mittels Preßluft von 1,5—1,8 Atm. Druck, welche in Dampfkompressoren im Maschinenhause erzeugt wird, wird das Wasser den Rohrbrunnen entnommen und nach einem im Kellergeschoß des Maschinenhauses aufgestellten Behälter gedrückt. Aus diesem wird es mittels zweier Dampfpumpen von je 25 cbm mittlerer stündlicher Leistung nach dem Hochbehälter auf dem Wasserturm bezw. direkt in die aus gußeisernen Muffenrohren bestehenden Hauptverteilleitungen auf dem Anstaltsgelände gedrückt. Mit Rücksicht auf Feuersgefahr sind in diese Hauptwasserleitungen an geeigneten Stellen Unterflurhydranten in genügender Anzahl eingebaut. Außerdem besitzt noch jedes Gebäude ein oder mehrere Wasserhähne von entsprechenden Durchmesser, an welche im Falle eines ausbrechenden Feuers sofort Schläuche geschraubt werden.

Die Wäscherei der Anstalt umfaßt 3 Waschmaschinen, 2 Zentrifugal-Trockenmaschinen, 1 Kulissentrockenapparat mit 8 herausziehbaren Kulissen, eine Muldendampfmangel, einen durch Kohlen geheizten Ofen zum Anlegen von 40 Plätteisen, ferner 4 gemauerte Einweichbottiche, ein Laugenkochfaß und ein Dampfkochfaß mit Berieselungsvorrichtung. Im Kellergeschoß des Waschküchengebäudes ist außerdem noch ein mittelst Niederdruckdampf von 0,1 Atm. Überdruck betriebener Desinfektionsapparat aufgestellt zum Desinfizieren unreiner Wäsche, Anzüge oder Betten.

Die Einrichtungen der Kochküche, mit welchen täglich das für 500 Personen erforderliche Essen zubereitet wird, bestehen aus je einem doppelwandigen Dampfkochkessel für Fleisch, Gemüse, Kartoffeln und Kaffee, einem Milchkessel mit Sprudelapparat, einem Dampfkochtisch mit drei doppelwandigen, kleineren Kochkesseln von 50, 30 und 20 l Inhalt, zwei dampfgeheizten Wärmetischen, einem dampfgeheizten Geschirranwärmeschrank, einem mit Kohle geheizten Etagen-Brat- und Backofen und einem Kohlenherd mit zwei Feuerungen und zwei Bratöfen. In dem Geschirrspülraum ist ein sechsteiliger Geschirrspülapparat mit seitlichen Ablaufbrettern aufgestellt, während im Gemüseputzraum ein vierteiliges Gemüseputzbecken mit den erforderlichen Armaturen vorhanden ist. Die Innenkessel der Dampfkochkessel bestehen aus Reinnickel, ebenso wie die Deckel des Milch- und Kaffeekochkessels und der drei kleinen Kochkessel am Dampfkochtisch. Die Deckel der drei übrigen Dampfkochkessel sind aus Schmiedeisen hergestellt und dann vernickelt. Ferner sind in der Kochküche noch ein Fleischwolf, eine Brotschneidemaschine, eine Kartoffelspül- und eine Kartoffelschälmaschine aufgestellt, welche mittelst Transmission durch zwei Gleichstrommotore angetrieben werden. Schließlich enthält die Kochküche noch einen Schlachtraum, eine Räucherkammer und einen Eiskühlraum zur Aufbewahrung von Fleisch, Milch und dergleichen. Im Kellergeschoß des Kochküchengebäudes befinden sich die für die Aufbewahrung der Lebensmittel benötigten Vorratsräume.

Die Beheizung der eigentlichen 10 Krankengebäude, des Gesellschaftshauses, des Verwaltungsgebäudes und der zwei Wirtschaftsküchengebäude erfolgt zentral vom Maschinenhause aus durch eine Warmwasser-Fernheizung mit Pumpenbetrieb. Das benötigte Heizwasser, welches sämtliche Heizkörper und Rohrleitungen in den Gebäuden anfüllt, wird entweder in dem schon oben erwähnten Warmwasserkessel durch direkte Erwärmung oder in besonderen, mit Niederdruckdampf von 0,1 Atm. Überdruck bezw. mit dem Abdampf der Maschine geheizten Gegenstromapparaten indirekt auf die erforderliche Temperatur von maximal —85° C gebracht. Es gelangt dann durch die Hauptvorlaufleitungen, welche mit den kupfernen Verteilleitungen für die Warmwasserversorgung zusammen in bekriechbaren Kanälen verlegt sind, nach den Verteilstationen in den einzelnen Gebäuden. Von diesen steigt es nach der Hauptverteilleitung auf den Dachboden jedes einzelnen Gebäudes empor und fließt von hier durch Fallstränge nach den Heizkörpern in den einzelnen Räumen, an welche es seine Wärme abgibt. Das abgekühlte Heizwasser wird dann in einer Hauptverteilleitung im Kellergeschoß jedes einzelnen Gebäudes gesammelt und nach der Verteilstation, und zwar dem Rücklaufverteiler des Gebäudes geführt. Von hier saugt es eine der beiden im Maschinenhause aufgestellten Zentrifugalpumpen durch die Hauptrücklaufleitung an und drückt es nach einem im Maschinenhause untergebrachten Hauptrücklaufverteiler, von welchem es entweder nach den dampfgeheizten Gegenstrom-

apparaten im Maschinenhause oder dem direkt gefeuerten Warmwasserkessel im Kesselhaus gelangt, um auf die erforderliche Vorlauftemperatur wieder erwärmt zu werden. Die zentrale Regulierung der Fernheizung geschieht vom Maschinenhause aus, in welchem die für den Betrieb der Heizung erforderlichen Thermometer, Manometer, Geschwindigkeitsmesser und Anlasser auf einer Schalttafel gemeinsam angeordnet sind. Als Umwälzpumpe für die Heizung dient eine mit einer Dampfturbine gekuppelte Zentrifugalpumpe, welche als Reserve eine mit einem Gleichstrom-Nebenschlußmotor direktgekuppelte Zentrifugalpumpe besitzt. Jede Pumpe ist imstande, den gesamten Wasserinhalt der Fernheizung in einer Stunde acht- bis zehnmal umzuwälzen.

Mit Lüftungsanlagen sind nur die 6 Aufnahmeabteilungen für Sieche, Unruhige und ruhige Kranke versehen, und zwar auch nur die großen Krankensäle und die Baderäume. Jedem Saal bezw. Baderaum wird mittelst natürlichen Auftriebes frische, vorgewärmte Zuluft in genügenden Mengen dauernd zugeführt, während die verdorbene Luft durch Abluftkanäle, welche auf den gut entlüfteten Dachböden des Gebäudes ausmünden, den Räumen wieder entnommen wird. Als stündliche Zuluftmenge sind 75 cbm pro Bett angenommen. An die Fernheizung sind im ganzen 14 Gebäude angeschlossen. Die Haupt-, Vor- und Rücklaufleitungen sind im Durchmesser bereits so groß bemessen, daß die für den vollen Ausbau der Anstalt erforderlichen Gebäude, voraussichtlich ein Lazarett und neun Krankengebäude, ohne weiteres angeschlossen werden können.

Das Gewächshaus nebst Kegelbahn hat eine besondere Niederdruck - Warmwasser - Schwerkraftheizung mit besonderem Kessel erhalten, ebenso wie das Wohnhaus des leitenden Arztes, welches aus Sparsamkeitsgründen weder an die Fernheizung, noch an die zentrale Warmwasserversorgung angeschlossen ist. Letzteres Gebäude besitzt außerdem eine eigene Warmwasserbereitungsanlage mit besonderem Kessel, welcher neben dem Heizungskessel im Kellergeschoß aufgestellt ist.

Die Gebäude der landwirtschaftlichen Kolonie und sämtliche Beamtenwohnungen besitzen Ofenheizung.

Sämtliche Gebäude der Anstalt, abgesehen von den vor dem Eingang der Anstalt belegenen 5 Beamtenwohnhäusern, besitzen elektrische Beleuchtung. Ebenso erfolgt die Geländebeleuchtung durch 28 Stück Metallfadenglühlampen von 100 NK Lichtstärke, welche auf schmiedeeisernen Kandelabern montiert sind. Als Strom kommt Gleichstrom von 2 . 220 Volt Spannung in Betracht, welcher durch ein besonderes Kabel von rund 4,0 km Länge dem städtischen Elektrizitätswerk entnommen wird. Für die Innenbeleuchtung und Außenbeleuchtung der Anstalt dienen rund 1400 Metallfaden-Glühlampen von 10, 25, 50 und 100 NK Lichtstärke.

Für den Verkehr auf dem Anstaltsgelände und der Anstalt mit der Außenwelt ist in der Pförtnerstube des Verwaltungsgebäudes eine zentrale Fernsprechanlage mit 2 Amtsleitungen, 8 Postnebenstellen und 21 Hausstellen eingerichtet, welche mit Rücksicht auf einen späteren Ausbau der Anstalt eine Erweiterungsmöglichkeit auf 5 Amtsleitungen, 25 Postnebenstellen und 65 Hausstellen besitzt. Den Strom für den Betrieb der Fernsprechanlage liefern 2 Akkumulatorenbatterien von je 12 Elementen mit 48 Ampèrestunden Kapazität.

X. Baukosten.

Eine endgültige Abrechnung liegt zurzeit noch nicht vor. Nach den vorläufigen Ermittelungen werden die Gesamtbaukosten einschließlich Grunderwerb und ausschließlich Inventarbeschaffung 1 950 000 M betragen. Die gesamten Grunderwerbskosten (Arealerwerb, Flurentschädigungen, Abstand an den Pächter und Entschädigung für den Holzbestand) betrugen 104 000 M. Für Beschaffung des Inventars sind 113 000 M bewilligt. Das Inventar der alten Irrenanstalt hat, soweit brauchbar, Verwendung gefunden. Die Kosten des Bettplatzes stellen sich somit auf rund 6800 M. Nach Ausbau der Anstalt werden die Kosten für den Bettplatz voraussichtlich auf 5300 M sinken.

Mitteilungen.

— **Die Tuberkulin-Quecksilberbehandlung der progressiven Paralyse.** Prof. Dr. Wagner von Jauregg, Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik in Wien, berichtet unter diesem Titel in den „Therapeutischen Monatsheften", Januar 1914, über Methode und Erfolge oben bezeichneter Behandlung. In nicht tuberkuloseverdächtigen Fällen begann er mit 0,01 Koch'schen Alttuberkulins, in tuberkuloseverdächtigen Fällen mit 0,001; bei nicht fieberhafter Reaktion ging er in letzteren Fällen sofort zu 0,005 oder 0,01 über, bei fieberhafter Re-

aktion unterließ er die Behandlung ganz oder begann er sie zunächst nur mit kleinen Dosen innerhalb der Milligrammstufe.

Die Steigerung der Dosis geschah nach folgendem Schema: Temperatur bei vorangehender Injektion unter 37°: Dosis bei nächster Injektion verdoppelt; Temperatur 37 bis 37,5°: 1½ fache Dosis; Temperatur 37,5 bis 38°: 1¼ fache Dosis; Temperatur über 38°: Wiederholung derselben Dosis.

Bei manchen Kranken gelingt es, bei Einhaltung dieses Schemas, überhaupt nicht, nennenswerte Temperatursteigerungen hervorzurufen; in solchen Fällen wurde die Dosis rascher gesteigert, nach folgendem Schema: Bis 37,5°: doppelte Dosis; 37,5 bis 38°: 1½ fache Dosis; 38 bis 38,5°: 1¼ fache Dosis; über 38,5°: Wiederholung der gleichen Dosis.

Die Empfindlichkeit für das Tuberkulin nimmt bei der Wiederholung der Dosis in der Regel rasch ab; es kam verhältnismäßig selten dazu, daß dieselbe Dosis ein drittes Mal gegeben werden mußte. In der Regel wurde bis zur Dosis von 1,0 gestiegen; dies wurde meist mit 8 bis 15 Injektionen erreicht.

Bei manchen Kranken zeigt sich erst bei einer bestimmten Höhe der Dosis eine auffallend hohe Empfindlichkeit; Wiederholung derselben Dosis bewirkte nicht geringere, sondern immer höhere Temperaturen; manchmal mußte man sogar vorübergehend mit der Dosis heruntergehen. Prof. Wagner von Jauregg beendete in solchen Fällen die Kur, wenn die Kranken 5- oder 6 mal starke fieberhafte Reaktion (39° und mehr) gehabt hatten, ohne daß er die Dosis bis 1,0 ansteigen ließ.

Die Injektionen wurden ausnahmslos subkutan (nicht intrakutan!) unter die Haut des Rückens über den Schulterblättern gemacht. Die recht geringe lokale Reaktion ist nach 1 bis 2 Tagen meistens verschwunden.

Die Injektionen wurden in der Regel jeden zweiten Tag gemacht; innerhalb dieser Zeit war die Temperatur fast immer zur Norm gefallen; andernfalls wurde die Wiederholung der Injektion um einen Tag verschoben.

Prof. Wagner von Jauregg macht gegenwärtig Versuche mit täglichen Injektionen.

Die Quecksilberkur erfolgte unter Injektionen von Hydrargyrum succinimidatum 0,02 pro dosi, jeden zweiten Tag intramuskulär; es wurden ca. 25 Injektionen gemacht. In einzelnen Fällen wurden Einreibungen, 30 an Zahl, à 3,0—4,0 Unguentum cinereum gemacht.

Die Quecksilberkur wurde früher entweder vor oder nach der Tuberkulinkur gemacht.

In neuerer Zeit hat Prof. Wagner von Jauregg entweder abwechselnd einen Tag Tuberkulin, den anderen Tag Quecksilber injiziert oder eine Quecksilber-Einreibungskur zugleich mit einer Tuberkulinkur begonnen. Letztere ist dann früher fertig als die Quecksilberkur, die übrigens in dieser Kombination besser vertragen wird als für sich allein.

Pappenheim und Volk (Wiener klinische Wochenschrift 1912, Nr. 1) haben bei 15 Paralytikern die vier Syphilisreaktionen (Wassermannsche Reaktion in Blut und Liquor, Pleozytose und Globulinreaktion im Liquor) unter quantitativer Auswertung vor und nach der Tuberkulinkur festgestellt. In allen 15 Fällen waren die vier Reaktionen vor der Behandlung positiv. Der Befund nach der Behandlung lautete: Zellbefund im Liquor in allen 15 Fällen gebessert, darunter 3 mal negativ geworden; Globulinreaktion in 11 Fällen gebessert, darunter 3 mal negativ oder fast negativ geworden; Liquor-Wassermann in 8 Fällen gebessert, darunter in dreien erst bei 0,5 positiv; Serum-Wassermann in 12 Fällen, in denen er untersucht wurde, 4 mal gebessert, darunter 1 mal negativ geworden — also auch objektive Beweise von der Wirksamkeit der Kur.

Eine Besserung der psychischen Funktionen bleibt bei initialen Fällen nur selten aus, in solchen Fällen treten recht häufig so weit gehende Remissionen ein, daß die Kranken wieder berufsfähig werden. Aber auch bei vorgeschritteneren Fällen wurden recht häufig weitgehende Besserungen beobachtet, und selbst volle Remissionen blieben nicht aus.

Die Remissionen infolge der Tuberkulinkur treten in einer Häufigkeit und Vollständigkeit auf wie niemals die spontanen Remissionen und zwar fast immer schon während der Kur oder im unmittelbaren Anschluß; wenige Wochen nach derselben erreichen sie die volle Höhe. Sie sind in manchen Fällen dauernd; drei der Patienten, deren späteres Schicksal ermittelt werden konnte, sind seit bereits 6 und 7 Jahren berufsfähig.

Bei Rezidiven — deren Zahl sehr groß ist — kann man durch Wiederholung der Kur häufig neuerdings eine Remission erzielen.

Prof. Wagner von Jauregg hat auch in anderen Fällen luetischer Zerebralerkrankungen ermunternde Versuche mit der Tuberkulinkur gemacht.

Er erinnert auch an die Erfolge mit Tuberkulininjektionen bei Paralyse, über die Prof. Pilcz schon im Jahre 1911 berichtet hat. Prof. Pilcz hat in den Jahren 1907 bis 1909 im Sanatorium „Am Steinhof" in Wien 86 Paralytiker mit Tuberkulininjektionen, zum Teil auch vorher oder nachher mit Quecksilber und Jod behandelt. Von diesen 86 Paralytikern wurden 23 so weit gebessert, daß sie erwerbs- und dispositionsfähig wurden; 9 wurden für mehr oder minder lange Zeit gesellschaftsfähig; 20 zeigten Stillstand der Paralyse, nur bei 34 war eine Beeinflussung des Prozesses nicht zu erkennen. Im Mai 1913 waren von diesen 86 Paralytikern noch 21 am Leben, darunter 7 dauernd berufsfähig, 4 dauernd sozial möglich, 5 noch körperlich rüstig. Bresler.

Referate.

— Stern, Ludw.: Kulturkreis und Form der geistigen Erkrankung. 62 S. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 1913.

Diesen Untersuchungen des Verf.s liegen 1326 Fälle aus der Freiburger Psych. Klinik zugrunde. Von den Ergebnissen sei hier erwähnt, daß je höher der Kulturkreis, desto größer auch die Häufigkeitsquoten der funktionellen Psychosen und der Paralyse, desto geringer die

der Dementia praecox, des Alkoholismus, der Epilepsie und der Imbezillität sind. Von den einzelnen funktionellen Psychosen wachsen ganz ausgesprochen mit dem Kulturkreis die Manie, das periodische und zirkuläre Irresein wie die Paranoia. Im übrigen sei auf die sehr lesenswerte Schrift selbst verwiesen. Mercklin.

— Stekel, Dr. W., Wien: Was am Grunde der Seele ruht. Bekenntnisse eines Seelenarztes. Wien 1909. Verlag Paul Kuepler.

Während Verf. in seiner Broschüre: Nervöse Leute, um mit seinen Worten zu reden, nur Oberflächenpsychologie betreibt, führt er uns in diesem Büchlein hinein in die tiefsten Tiefen der menschlichen Seele. Er lüftet den Schleier, der über den Freundschaften der Kinder und über ihren Berufswünschen liegt, er erklärt psychologisch den Trieb der Menschheit nach gegenseitiger Aussprache und Selbständigkeit, er erläutert die Reiselust, den Hang zur Trägheit, den Größenwahn des Normalmenschen, das Übel der Eifersucht, er zergliedert vor uns den Stimmungsmenschen; Dank und Undank, die Flucht vor dem Hause, die Flucht in die Krankheit und manches mehr wird in seinem psychologischen Grundgedanken scharfsinnig analysiert. Auch dieses Werkchen des Verf.s ist äußerst anregend geschrieben; es birgt eine Fülle von Wahrheiten in sich; gelegentlich geht aber Verf. in seiner Psychoanalyse sicher zu weit! Heinicke, Großschweidnitz.

— Bericht des Vorstandes des Hilfsvereins für die Geisteskranken in Hessen. Rechnungsjahr 1911/12. Druck der Ad. Allendorfschen Buchdruckerei in Heppenheim a. d. B.

Besonders bemerkenswert ist es, daß der Hilfsverein für die Geisteskranken in Hessen über einen eigenen Rechtsanwalt verfügt, dessen Sachverständigenrat auch den Geisteskranken unter Vermittlung des jeweiligen Vertrauensmannes zugute kommt; so war es z. B. möglich, einem psychisch erkrankten Zimmermann das Grundstück zu erhalten, nachdem durch Eingreifen des Rechtsanwalts die Sachlage geklärt wurde und der Hilfsverein eine Hypothek von 2200 M zu 3% darlehnte. Das Geld wurde dann später zurückgezahlt und der Hilfsverein hatte außer der Zinsendifferenz keine Unkosten, aber das schöne Bewußtsein, wirklich nachhaltig geholfen zu haben.

Auch andere bedeutsame Unterstützungen konnte der Hessische Hilfsverein leisten; er beteiligte sich auch rege an der Durchführung der Familienpflege.

Beachtlich ist es auch, daß er bei der kostspieligen Drucklegung der Jahresberichte dadurch su sparen versuchte, daß den jeweiligen Provinzen im Jahresbericht nur über ihre eigene Kollekte und nicht über die des gesamten Hilfsvereins quittiert wurde. Gesamtquittungen erhielten nur die Vertrauensmänner; auch ließ man im Jahresbericht einen allgemeinen, nach den Statuten zwar geforderten Propaganda-Teil weg.

Heinicke, Großschweidnitz.

— Norström, Dr. Gustav: Der chronische Kopfschmerz und seine Behandlung durch Massage. Zweite umgearbeitete Auflage. Leipzig 1910. Verlag von Georg Thieme.

Verf. fand bei einer Reihe von Patienten, die an oft lange bestehendem Kopfschmerz, z. T. in Form der Migräne litten, als ursächlichen Faktor knotige Entzündungsherde in der Gegend der Insertion der Nackenmuskeln bezw. in den Muskelbäuchen selbst, die er durch Massage beseitigte. Mit ihrer Vertreibung war auch der Kopfschmerz vorbei; ähnliche Entzündungsherde fand er gelegentlich auch in der Kopfschwarte. Auch Kongestionscephalgien ließen nicht selten ihre Abhängigkeit von Muskelentzündungen feststellen.

Die Technik der Massage ist im Original nachzulesen. Heinicke, Großschweidnitz.

— Ärztlicher Jahresbericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Bunzlau für 1911. Bunzlau, Kgl. Waisenhausdruckerei (L. Fernbach) 1911.

Das Wichtigste aus dem vorliegenden Bericht ist das Vorkommen einer Endemie von schwarzen Pocken in der Anstalt; bei der Seltenheit dieser Krankheit hatten sich die ersten auftretenden Erkrankungsfälle einer richtigen Diagnose entzogen, und somit erwuchs für die Anstalt eine nicht unbedenkliche Gefahr; durch umfassende Maßregeln gelang es aber, auch dieser Herr zu werden. Bei dem einem Referat zur Verfügung stehenden Raume kann nicht näher auf diese Maßnahmen eingegangen wer-

den; es sei deshalb ausdrücklich auf den Bericht selbst, bes. Seite 17 bis 19, hingewiesen.

Heinicke, Großschweidnitz.

Personalnachrichten.

— Irrenanstalt **Friedrichsberg** b. Hamburg. Assistenzarzt Dr. med. Hans Walter Itten ist am 20. Februar 1914 ausgeschieden.

— **Landsberg a. W.** Dr. Oskar Rein, Arzt an der Landes-Irrenanstalt, hat seit 15. Oktober einen einjährigen Urlaub von der Provinz Brandenburg erhalten, um sich an der psychiatrischen Klinik in Breslau in hirnpathologischen Untersuchungen auszubilden (der erste Fall von längerem Urlaub zu wissenschaftlichen Zwecken in einer Irrenanstalt).

— **Erlangen.** Marian Ehrlich, zuletzt Assistenzarzt von Dr. Moses' Anstalt für jüdische Geisteskranke in Frankfurt a. M., am 16. Februar als Hilfsarzt in die mittelfränkische Heil- und Pflegeanstalt in Erlangen eingetreten.

Um gefällige Einsendung von Jahresberichten und Separatabdrucken an die Redaktion dieser Wochenschrift wird höflichst gebeten.

Dieser Nummer ist als Kunstbeilage das Porträt des Herrn Geheimen Rat Professor Dr. H. Schüle, Illenau (Baden) beigegeben.

Der heutigen Nummer liegen Prospekte der Firmen

Hamburger Konsum-Haus M. W. Kretschmer & Co., Altona

Kalle & Co., Aktiengesellschaft, **Biebrich**, betr. „Neuronal"

und **E. Merck**, Chemische Fabrik, **Darmstadt**, betr. „Diogenal"

bei, welche wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **J. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Neuheit WELLOPHON Neuheit

D. R. G. M. 586 487.

Unentbehrlich für deutliche Verständigung bei Telephon- u. Ferngespräch. Ohne Beschädigung u. Genehmigung leicht an jedem Apparat anzubringen. Macht sich in kurzer Zeit bezahlt, unbegrenzte Haltbarkeit.

Preis per Stück 3 M., franko und zollfrei.

(Vertreter und Reisende erhalten Muster gegen Einsendung von 1,50 M.)

Max Jörger, Stuttgart, Hackstraße 7.

Lea

die vorzügliche **Eigelb-Pflanzenbutter-Margarine** ist der beste und leichtverdaulichste **Butter-Ersatz,** der nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft hergestellt werden kann.

Verwenden Sie deshalb zum **Brot-Aufstrich,** sowie zum **Kochen, Braten und Backen** nur **Lea** aus den

Chemnitzer Margarine-Werken.

K. Heilanstalt Weinsberg
(Württembergische Staatsirrenanstalt).

Assistenzarztstelle auf 1. Mai erledigt.

Anfangsgehalt neben freier Wohnung 2400 M, jedes Jahr 100 M mehr, Einsetzung in höhere Gehaltsstufe möglich. Für Verköstigung werden 500 M vom Gehalt einbehalten. Bewerbungen mit Zeugnissen und Lebenslauf nimmt entgegen **die Direktion.**

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

Sanatorium Marienbad bei Goslar am Harz.

Phys.-diät. Anstalt für Nerven-, Herz-, Stoffwechselerkrankungen, Blutarmut, Arteriosklerose etc. — Mildes Gebirgsklima. Moderne Einrichtung und Kurmittel.

Hiervon völlig getrennt

Villa Elisabeth, Nervenklinik f. gemütskranke Damen

Zentralheizung — Elektrisches Licht

San.-Rat Dr. **Benno,** Nervenarzt.

Lewaldsche Obernigk bei Breslau Heilanstalt

1. Sanatorium für Nerven- und Gemütskranke.
2. Kurpension für Rekonvaleszenten und Erholungsbedürftige. Entziehungskuren.

Näheres durch illustrierten Prospekt.

Gegründet 1870. * Telephon Nr. 1.

Dr. Loewenstein, Nervenarzt.

An der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu **Tost** (Oberschles.) ist zum 1. April d. Js. eine

Assistenzarztstelle

bei einem Anfangsgehalt v. 1800 M. neben freier Wohnung und völlig freier Station I. Klasse zu besetzen.

Verheiratete erhalten an Stelle der Nebenbezüge eine Barentschädigung von 1500 M.

Bei Bewährung nach 3 Jahren lebenslängliche Anstellung als Abteilungsarzt mit einem Einkommen von 3000 bis 6600 M. In anderen Stellungen verbrachte Dienstzeit kann angerechnet werden. Psychiatr. Vorbildung ist nicht erforderlich. Meldungen mit Lebenslauf, Approbation als Arzt und etwaigen Zeugnissen sind zu richten an die Direktion.

An der Landes-Heil- u. Pflegeanstalt zu **Strelitz** (Alt) (2 Stunden von Berlin) ist die Stelle des

Hilfsarztes

sofort oder später zu besetzen. Gehalt 2500 M. und völlig freie Station. Vierteljährige gegenseitige Kündigung. Bei Bewährung nach einem Jahre Anstellung mit Pensionsberechtigung. Gehalt 4000 bis 6500 M. und Familienwohnung, Garten, Beleuchtung, Heizung. Gesuche mit Lebenslauf und Zeugnissen sind zu richten an die Direktion der Anstalt.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Soeben erschienen:

Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort u. Bild.

Herausgeber:

Oberarzt Dr. **Bresler,** Lüben

Dieses Werk bildet eine Ergänzung zu dem Werke: „Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild" und enthält außer der Beschreibung weiterer deutscher Anstalten auch Beschreibungen von Anstalten der Länder Belgien, Brasilien, Bulgarien, Dänemark, Holland, Italien, Japan, Norwegen, Rußland, Serbien, Ungarn. 372 Seiten mit ca. 450 Abb., Grundrissen und Plänen.

Preis in Halbleder geb. M 14,—.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 49. 7. März **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Die Irrenstatistik im Dienste der sozialen Psychiatrie. Von Hans Roemer, Illenau. (S. 589.) — Die Haftpflicht der Landes-Heil- und Pflegeanstalten. Von Landesrat Dr. Franz Hueber, Wien. (S. 596.) — Referate. (S. 598.) — Therapeutisches (S. 600).

Die Irrenstatistik im Dienste der sozialen Psychiatrie.

Von **Hans Roemer**, Illenau.

Im XIII. Jahrgang Nr. 10 dieser Wochenschrift habe ich die fortlaufende Registrierung aller amtlich bekannt werdenden Fälle von Geisteskrankheit bei den medizinalstatistischen Zentralstellen der einzelnen Territorien (Bundesstaat, Provinz) empfohlen und die in Betracht kommenden Kategorien von Kranken, die infolge ihrer psychischen Anomalie bei den Behörden notorisch bekannt werden, aufgezählt. Es sind dies:

1. die in öffentliche und private Anstalten aufgenommenen Geisteskranken;
2. die an Geisteskrankheit Verstorbenen;
3. die Selbstmörder;
4. die psychisch abnormen Zwangserziehungszöglinge;
5. die wegen geistiger Störung oder Schwäche nicht zur Schule zugelassenen Kinder;
6. die psychisch abnormen Hilfsschulzöglinge;
7. die Pfleglinge der Epileptiker-, Idioten- und Schwachsinnigenanstalten;
8. die Insassen der Trinkerheilstätten, Kreispflegeanstalten und Pfründnerhäuser, soweit sie nicht rein körperlich siech sind;
9. von der Militärbehörde wären zu melden die wegen Geistesstörung ausgemusterten Rekruten, die aus demselben Grunde entlassenen Soldaten, sowie die bei der Truppe psychisch erkrankt Gewesenen;
10. die wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche oder Trunksucht Entmündigten;
11. die wegen Geisteskrankheit Geschiedenen;
12. die auf Grund des § 51 StrGB. exkulpierten Rechtsbrecher;
13. die wegen Geisteskrankheit aus dem Strafvollzug ausgeschiedenen Gefangenen, sowie die während des Strafvollzugs psychisch Erkrankten;
14. die von der Landesversicherungsanstalt wegen Geistesstörung Invalidisierten und
15. freilebende Geisteskranke, welche ganz oder zum Teil der öffentlichen Armenpflege zur Last fallen.

Wenn sich auch nicht mit einiger Bestimmtheit abschätzen läßt, ein wie großer Teil der freilebenden Geisteskranken bei diesem Vorgehen der Erfassung entginge, so würde doch auf diesem Wege die Anstaltsirrenstatistik so weit zu einer allgemeinen Irrenstatistik ausgestaltet, daß sie sich der bisher besten, der englischen, beträchtlich nähern, ja sie hinsichtlich der Einbeziehung der konstitutionellen Psychopathen noch an Vollständigkeit übertreffen könnte.

Zur Zeit sind wir in Deutschland von dem englischen Vorbild noch weit entfernt, wie kürzlich wieder Horion in dieser Wochenschrift [1]) betont hat. Der Vorschlag, eine allgemeine oder auch nur eine ärztliche Meldepflicht der psychisch Abnormen unter Strafandrohung gesetzlich zu statuieren, dürfte bei uns wenig Aussicht auf Einführung und noch weniger auf einigermaßen verwertbaren Erfolg haben. Die Zählung der Geisteskranken gelegentlich der Volkszählungen, wie sie z. B. in Preußen hergebracht ist, wird niemals einen zuverlässigen Ersatz für die englische Methode der Aktenführung für jeden bekannt werdenden Kranken bieten können; zudem ist diese Art der Zählung

[1]) Jahrg. XV Nr. 43.

nicht in allen deutschen Bundesstaaten eingeführt, und man kann den Bedenken der Bevölkerungsstatistiker wie der Behörden gegen die Neueinführung der Frage „ob geisteskrank oder geistesschwach?" für das Volkszählungsformular im Hinblick auf die Empfindlichkeit des Publikums wie auf den völlig problematischen Wert solcher Erhebungen die Berechtigung wohl kaum absprechen. Demgegenüber bietet die Registrierung der den Behörden notorisch bekannt werdenden Geisteskranken wenigstens die Gewähr der Zuverlässigkeit, die Individualzählkarte ersetzt hierbei in kompendiöser Form das Aktenfaszikel; außerdem wird die stets wachsende Durchdringung des öffentlichen Lebens mit sozialpsychiatrischen Maßnahmen und Einrichtungen die fortschreitende Vervollständigung der Registrierung im Laufe der Zeit notwendig zur Folge haben.

Wie früher erwähnt, würde eine solche Weiterbildung der Irrenstatistik zunächst die Frage, ob die Geisteskrankheiten zunehmen, der Lösung näher bringen und uns einen Einblick in die gesellschaftliche Morphologie und damit in die soziale Pathologie der Geisteskrankheiten [2]) eröffnen. Neben solchen irrenstatistischen Massenbeobachtungen würde eine derartige Sammlung psychiatrischer Individualzählkarten den namentlichen Nachweis der psychisch Erkrankenden und Abnormen gestatten und der wissenschaftlichen Pathographie der einzelnen krankhaften Persönlichkeit wie ganzer Familien (psychiatrische Familienforschung) — natürlich unter dem Schutze der ärztlichen Diskretion — das nötige Material in einfacher Weise zugänglich machen.

Vielleicht ist es nun für die Verwirklichung unseres Vorschlages bedeutsam, daß die Idee der individualistischen Ausnützung einer solchen psychiatrischen Zählkartensammlung in Form der Forderung einer zentralen Meldestelle für alle sozialpsychiatrischen amtlichen Akte neuerdings auch vom Standpunkt der sozialpsychiatrischen Therapie und Prophylaxe einschließlich der kriminellen Prophylaxe mehrfach vertreten wird.

Die wiederholte Gefährdung der öffentlichen Sicherheit durch freilebende Irre und Psychopathen in letzter Zeit läßt den Ruf nach Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke in Presse und Parlament augenblicklich besonders laut ertönen. Im Zusammenhang damit beschäftigen sich Medizinalbeamte und Irrenärzte von neuem mit dem Problem der Überwachung und Versorgung der Kranken außerhalb der Anstalten. Hierbei gehen die einen vorwiegend von dem Gesichtspunkte der Wahrung der öffentlichen Sicherheit aus und fordern neben entsprechend langer Internierung der gemeingefährlichen Geisteskranken namentlich die amtsärztliche Beaufsichtigung der freilebenden Kranken, insbesondere der früher kriminell gewordenen. Eine zweite Gruppe von Autoren strebt die sachgemäße Fürsorge für sämtliche Kranke außerhalb der Anstalten als selbständige Aufgabe einer geordneten öffentlichen Irrenfürsorge an. Bei näherem Zusehen läßt sich jedoch beides, die kriminelle und die psychiatrische Prophylaxe keineswegs trennen: Wie Cramer [3]), Weber [4]) und neuestens Aschaffenburg [5]) ausführlich dargelegt haben, hängt die Frage der Gemeingefährlichkeit eines Geisteskranken einzig davon ab, wie sein krankhaftes Seelenleben auf bestimmte ungünstige Einflüsse seines Milieus reagiert, sie ist also unabhängig davon, ob er früher mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen war oder nicht. Ein früher kriminell gewordener Kranker kann später harmlos und ein niemals kriminell gewesener kann unter Umständen hochgradig gemeingefährlich sein. Die Unterscheidung von geisteskranken Verbrechern und verbrecherischen Geisteskranken ist für die Frage der Gemeingefährlichkeit ohne Belang. Die kriminelle Prophylaxe darf sich somit bei der Überwachung der freilebenden Kranken keineswegs etwa auf die, welche früher mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen sind, beschränken.

In unserem Zusammenhang verdient nun die Tatsache besondere Beachtung, daß die beiden Richtungen sozialpsychiatrischer Vorsorge, die von verschiedenen Gesichtspunkten ausgehend in materieller Hinsicht, wie erwähnt, etwa dasselbe Ziel verfolgen, sich in der Forderung einer psychiatrischen Zentralmeldestelle mit Individualausweisen begegnen.

1. Vom Standpunkt der kriminellen Prophylaxe hat zuletzt A. Leppmann dieses Postulat auf der

[2]) Vgl. hierzu die Ergebnisse der badischen Anstaltsirrenstatistik: Statistische Mitteilg. a. d. Großh. Baden N. F. Bd. VI Okt. 1913; und Roemer: Zur Methode der Irrenstatistik; ds. Wochenschr. Jahrg. XV Nr. 27.

[3]) Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie 1905.

[4]) Die Beaufsichtigung der Geisteskranken außerhalb der Anstalten. Jur.-psych. Grenzfr. Bd. IV.

[5]) In seinem Buch; Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke. Berlin 1912.

IX. Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins 1913 in seinem Referat „der Schutz gegen Geisteskranke" prägnant formuliert. Nachdem er die notwendigen gesetzgeberischen Reformen über Einweisung in die Anstalten etc. erwähnt hat, fordert er die Beaufsichtigung der außerhalb der Anstalten befindlichen Geisteskranken, die von Medizinalbeamten ausgeübt, bezw. geleitet werden soll. Dann fährt er (Leitsatz 7) fort:

„Es muß ferner ein Weg gefunden werden, alle einen Geisteskranken betreffenden wichtigen Geschehnisse an geeigneter Stelle so zusammeln, daß jederzeit darüber Auskunft erteilt werden kann. Es empfiehlt sich jedenfalls bei kriminell gewordenen Geisteskranken eine Mitteilung an das Strafregister." Leppmann wünscht die Führung von Listen — etwa beim Landratsamt oder der Regierung —, in denen alle bekannten Geisteskranken samt allen ihre Krankheit betreffenden wichtigen Daten (z. B. auch Zeitpunkt der Genesung) fortlaufend eingetragen werden.[6])

In dieser These Leppmanns verdichtet sich, was schon früher vom Standpunkt der Gesundheitspolizei verschiedentlich — wenn vielleicht auch weniger systematisch — verlangt worden ist, um die den preußischen Kreisärzten durch Dienstanweisung aufgetragene Obsorge für Geisteskranke, Epileptiker und Idioten wirksam durchzuführen.

So hat Schwabe[7]) auf der 22. Hauptversammlung des preußischen Medizinalbeamtenvereins 1905 die Behörden und Dienststellen namhaft gemacht, von denen die agnoszierten Kranken auf dem Wege über das Landratsamt den Amtsärzten gemeldet werden sollen: die Gerichte, Zivil- und Militärbehörden, Obervormundschaftsgerichte, Direktionen der Irren-, Epileptiker-, Siechen-, usw. -Anstalten, der Arbeits- und Armenhäuser und der Fürsorgeerziehungsanstalten. Ferner kommt Stolper[8]) in seinem Referat auf der 4. Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins 1906 zu ganz analogen Ergebnissen: er fordert an Stelle des bisher rein zufälligen Bekanntwerdens der Amtsärzte mit den betreffenden Kranken eine reichsgesetzlich einzuführende Meldepflicht der Gerichte bezw. Staatsanwaltschaften über die nach § 51 StrGB. exkulpierten, sowie die entmündigten Geisteskranken an den zuständigen Amtsarzt. Dabei ist für unsern Zusammenhang die Motivierung besonders bemerkenswert; Stolper führt aus: wenn der Gesundheitsbeamte alle Geisteskranken (außerhalb der Anstalten) überwachen solle, müsse der Staat das Meldewesen derart regeln, daß eben alle zu seiner Kenntnis kommen; dann fährt er fort:

„Eine ärztliche Meldepflicht wie z. B. bei Seuchen oder gar eine allgemeine Meldepflicht also etwa für Familienmitglieder ist nicht durchführbar für psychisch Kranke. Aber allen, denen von Amts wegen die Existenz eines Geisteskranken bekannt wird, können und müssen von Reichswegen zur Meldung verpflichtet werden." Auf Grund dieser Meldungen hätte dann der Amtsarzt Listen über Geisteskranke, Epileptiker und Idioten zu führen, die auch oft dem Gericht zu Gute kämen.

Demnach haben wir unter den nach Leppmann zu registrierenden „einen Geisteskranken betreffenden wichtigen Geschehnissen" mit Schwabe und Stolper alle jene amtlichen sozialpsychiatrischen Akte wie Entmündigung, Exkulpierung usw. zu verstehen, bei denen Geisteskranke zur Kenntnis der staatlichen Behörden und der Direktionen öffentlicher Fürsorgeanstalten gelangen. Berücksichtigen wir nun außerdem an Leppmanns Vorschlag noch die Registrierung bei einer leicht zugänglichen Zentralbehörde und die fortlaufende Eintragung aller wichtigen Daten jedes einmal verzeichneten Kranken, so ergibt sich in Grundidee und Ausgestaltung eine, abgesehen von technischen Nebensachen (Listen anstatt Individualkarten), so gut wie völlige Übereinstimmung dieser im Interesse der Sanitätspolizei geforderten Einrichtung mit unserm Vorschlage einer zentralen Stammliste aller amtlich bekannt werdenden Fälle von Geisteskrankheit.

2. Aber auch einem organisatorischen Bedürfnis der therapeutischen und prophylaktischen Fürsorge für die freilebenden Kranken entspricht unser Projekt, das ja zunächst unter dem Gesichtspunkt der Erzielung einer wissenschaftlich verwertbaren Irrenstatistik entwickelt worden ist: eine analoge Institution wurde für die Lösung dieser praktisch-psychiatrischen Aufgabe schon früher gefordert, und die von uns vorgeschlagene Stammliste selbst wird neuestens zur unmittelbaren Verwertung für diesen Zweck empfohlen.

M. Fischer,[9]) der sich mit dem Problem der

[6]) Bericht in der Deutsch. med. Woch. 1915 Nr. 40 S. 1961 f.

[7]) Diese Wochenschr. 1905 S. 89.

[8]) Jur.-psych. Grenzfr. Bd. IV.

[9]) Halbmonatsschr. f. soz. Hyg. und prakt. Med. Jahrg. 21 Nr. 18.

Fürsorge einschließlich der Beaufsichtigung dieser Kranken mehrfach beschäftigt hat, — er möchte ihm die Bezeichnung „soziale Psychiatrie" im prägnanten Sinne vorbehalten — tritt im Hinblick auf das englische Beispiel für eine Zentralstelle zur Organisation eines Sicherheits- und Meldedienstes ein, die er auf die Grundlage einer gesetzlich einzuführenden allgemeinen Anzeigepflicht stellen will; mit Hilfe dieser Zentralstelle wäre dann die individuelle Fürsorge und Aufsicht in jedem einzelnen Fall in ständiger Verbindung mit dem irrenärztlichen Sachverständigen durchzuführen.

Am eingehendsten hat sich neuestens A. Groß[10]) mit dieser Organisationsfrage in seinem Referat auf der 79. Versammlung des ärztlich-hygienischen Vereins für Elsaß-Lothringen „Über die Geisteskranken außerhalb der Anstalten, ihre Verpflegung und Überwachung" beschäftigt, wobei auch er das Moment der Fürsorge in den Vordergrund stellt. Groß erwähnt die bisher in dieser Richtung gemachten Vorschläge und bespricht dann, wie die von uns vorgeschlagene zentrale Stammliste für die Organisation dieser Fürsorgetätigkeit verwertet werden kann. Er zählt die erwähnten Kategorien von Kranken, die beim statistischen Landesamt registriert werden sollen, auf und fügt hinzu:

„Wenn nun Roemer mit seinem Vorschlage auch wesentlich wissenschaftlich statistische Zwecke verfolgt . . . . „ so leuchtet doch ein, wie wertvoll eine derartige Sammlung des Materials auch für unsere Aufgabe der Fürsorge sein würde."

Zur richtigen Würdigung und zweckentsprechenden praktischen Verwertung des so einlaufenden Materials, so führt er weiterhin aus, würde ein psychiatrisch geschulter Irrenarzt nötig sein. Das von der statistischen Zentrale gesammelte Material würde, soweit es bei dieser Sichtung für die praktische Hilfsarbeit in Betracht kommt, an die Geschäftsstelle der freiwilligen Fürsorgeorganisation zur weiteren Bearbeitung übermittelt und die notwendigen Nachrichten an die Vertrauenspersonen, die an Ort und Stelle ihres Amtes walten, gegeben.

Zusammenfassend können wir sagen: Für die sanitätspolizeiliche Überwachung wie für die irrenärztliche Versorgung der freilebenden Kranken besteht gleichermaßen das dringende Bedürfnis, die amtlich bekannt werdenden Geisteskranken bei einer Zentralbehörde regelmäßig nachzuweisen und ihr Schicksal fortlaufend zu verfolgen. Es wird nun die Anschauung vertreten, hierzu eigne sich die von uns für statistisch-wissenschaftliche Zwecke empfohlene zentrale Stammliste, die in der Tat in Grundidee und Ausgestaltung den erwähnten Bedürfnissen in allen wesentlichen Punkten entsprechen dürfte. Eine derartige praktische Verwertung der vorgeschlagenen Einrichtung wäre ohne Zweifel erfolgreich durchführbar. Zudem muß die Möglichkeit, eine solche Institution gleichzeitig verschiedenen Zwecken dienstbar zu machen, fraglos die Aussichten für deren Verwirklichung wesentlich erhöhen. Voraussetzung hierfür ist natürlich, daß sich die individualistische Benützung und die irrenstatistische Entzifferung einer solchen psychiatrischen Zählkartensammlung in der Anlage nicht beeinträchtigen und im Betriebe nicht stören. Es ist deshalb zu fragen: Würde eine solche praktische Verwertung unserer zentralen Stammliste irgendwelche wesentlichen Änderungen in dem früher etwickelten Vorschlage nötig machen?

Ehe wir diese Frage erörtern, sei betont, daß eine derartige zentrale Meldestelle nur ein Glied in der Überwachungs- und Versorgungsorganisation darstellt, deren übrige Ausgestaltung heute noch völlig kontrovers ist. Es kann nicht meine Absicht sein, diese weitschichtigen Probleme hier genauer zu erwähnen, als für unsere technisch-organisatorische Spezialfrage unerläßlich ist. Trotz aller Differenzen der diesbezüglichen Anschauungen herrscht jedoch über einen Punkt Einstimmigkeit: außer den offiziellen Maßnahmen (Meldedienst, Beteiligung der Behörden, Irrenanstalten und Medizinalbeamten) erfordert diese ganze Art sozialpsychiatrischer Obsorge unumgänglich eine freiwillige Hilfstruppe (Irrenhilfsverein) von Vertrauensleuten, die frei von allem starren Schematismus und Bureaukratismus sich der privaten und persönlichen Verhältnisse des einzelnen Kranken annehmen, eine Forderung, die u. a. Gruhle[11]) in letzter Zeit mit berechtigtem Nachdruck hervorgehoben hat. Sobald an Stelle verständnisvoller Fürsorge und diskreter Überwachung das Gespenst der uniformierten Polizeiaufsicht treten würde, wäre selbstverständlich der beabsichtigte Zweck von vornherein verfehlt.

Wenden wir uns nun der erwähnten Fragestellung zu:

1. Als Ort der irrenstatistischen Registrie-

[10]) Straßburger med. Ztg. 1913 Heft 12.

[11]) Die sozialen Aufgaben des Psychiaters. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 13 Heft 3/4 S. 289.

rung haben wir s. Zt. naturgemäß die statistische Zentrale jeder mittelgroßen politischen Einheit angenommen. Auch für die praktische Verwendung der Stammliste dürfte die Wahl einer mittelgroßen territorialen Einheit (kleinerer Bundesstaat, preußische Provinz) das Richtige sein. Bei allzugroßen Gebieten würden sich unübersichtlich große Materialmengen anhäufen; Nachweisungen über Wegziehende und namentlich über Landstreicher können zwischen benachbarten Zentralen ausgetauscht werden. In kleinere Einheiten (kleinere Verwaltungsbezirke) herabzusteigen, verbietet die Grundidee der zentralen Registrierung. Da von anderer Seite die Meldungen an den jeweils zuständigen Amtsarzt gewünscht wurde, seien die Vorzüge des zentralisierten gegenüber dem dezentralisierten Modus kurz angedeutet:

a) Die Anzeigen von den Behörden an die Meldestelle — also in zentripetaler Richtung — geschehen rascher und vollständiger an eine einzige Zentrale als an den jedes mal erst zu eruierenden zuständigen Amtsarzt; ein solcher wird in vielen Fällen (Landstreicher) überhaupt nicht oder nicht mit wirksamem Erfolg festzustellen sein. Manche Behörden (Invalidenversicherung, Militär usw.) würden bei dezentralisierter Meldung ungleich mehr Arbeit bekommen als bei zentralisierter.

b) Die Aussichten, die einen Kranken betreffenden Geschehnisse vollständig zu erfassen und auf eine einzige Personalkarte vereinigen zu können, sind infolge der starken Beweglichkeit der heutigen Bevölkerung bei der zentralen Registrierung ungleich günstiger als bei der lokalen.

c) Infolgedessen kann auch der zentrifugale Verkehr zwischen der Meldestelle und den interessierten Stellen im Lande, wie Amts-, Gefängnis-, Gerichtsärzte, Irrenanstalten (seien es spontane oder erbetene Mitteilungen), sich nur bei Zentralisierung des Meldewesens in wünschenswerter Weise entwickeln.

d) Ferner würde die rein technische Arbeit der Registrierung und Identifizierung der Personalkarten den Amtsärzten im Laufe der Zeit eine große Last aufbürden, die sie, wenigstens solange sie nicht vollbesoldete Beamte sind, kaum übernehmen könnten.

e) Endlich lassen sich mit der zentralen Registrierung die Vorteile der dezentralisierten ohne Schwierigkeiten verbinden, wenn die Zentral-Meldestelle von jedem aus irgendeinem amtlichen Anlaß gemeldeten Kranken dem zuständigen Amtsarzt Mitteilung macht unter Anschluß der etwa auf der betr. Personalkarte schon früher vermerkten Daten.

Kurz, der Nachrichtendienst muß zentralisiert, die sozialpsychiatrische Aufsicht und Fürsorge dezentralisiert sein; von der zentralen Meldestelle sind die für die Kleinarbeit der Vertrauensmänner nötigen Mitteilungen regelmäßig an den Medizinalbeamten oder sonstigen ärztlichen Leiter der betr. Ortsgruppe des Hilfsvereins zu richten.

2. Der Umfang der zu registrierenden amtlichen Akte sollte in Rücksicht auf die praktische Verwertung gegenüber unserm ersten Vorschlag etwas erweitert werden. Für die Zwecke der Gesundheitspolizei käme neu in Betracht: Aufnahme ins Arbeitshaus; bei Entlassungen aus Fürsorge-Anstalten jeder Art ein Vermerk, ob besondere Überwachungsbedürftigkeit vorliegt; bei früher kriminellen Kranken ein Auszug aus dem Strafregister. Für die Fürsorgezwecke wäre eine Angabe über die Arbeitsfähigkeit und außerdem bei Entlassungen aus Anstalten eine Notiz über den künftigen Aufenthaltsort erforderlich.

3. Der Turnus der Meldungen seitens der Irrenanstalten ist für irrenstatistische Zwecke im allgemeinen ein jährlicher. Wenn die Meldungen praktisch verwertet werden sollen, müssen sie in kürzeren Abständen, z. B. alle zwei bis vier Wochen, erfolgen; übrigens handelt es sich hier ausschließlich um die Anstalten, die ihre Zu- und Abgänge periodisch mitzuteilen, während die übrigen Behörden stets unmittelbar zu berichten hätten.

4. Die Art der Verarbeitung des eingehenden Materials würde sich in rein irrenstatistischer Hinsicht gegenüber unserm Vorschlage kaum nennenswert verändern. Von den betr. Behörden oder Dienststellen, die mit einem Geisteskranken zu tun bekommen, gehen die Meldekarten mit den Personalien des Kranken und dem zu registrierenden amtlichen Akt der statistischen Zentrale zu. Für einen erstmals gemeldeten Kranken wird nun eine individuelle Katasterkarte angelegt und auf ihr die Personalien nebst dem gemeldeten Ereignis vermerkt. Existiert schon eine Katasterkarte für den Gemeldeten, so wird auf dieser die neue Meldung verzeichnet. Die Meldekarte selbst wird hierauf in die spezielle alphabetisch geordnete Kartensammlung für die betr. Ereigniskategorie, z. B. Ehescheidung, Exkulpierung usw., eingereiht. Bei Anstalten ist der Krankenbewegung insofern Rechnung zu tragen, als die Ge-

samtheit der Entlassenen in gesonderter Ordnung zu registrieren und außerdem der jeweilige Krankenstand in Evidenz zu erhalten ist.

Die gleichfalls alphabetische Sammlung der Katasterkarten der Geisteskranken ist nun das Material, das dem psychiatrisch geschulten ärztlichen Vertreter der Überwachungs- und Fürsorge-Organisation zur praktischen Verwertung regelmäßig zur Verfügung zu stellen wäre. Er würde von den neu gemeldeten sozialpsychiatrischen Akten jedesmal dem zuständigen Amtsarzt und evtl. auch (je nach den örtlichen Verhältnissen) dem Obmann der Ortsgruppe des Hilfsvereins, der zuständigen Irrenanstalt usw. Mitteilung machen unter Beifügung sonstiger etwa in der Zentrale gesammelter Daten über den gemeldeten Kranken. Ferner würde er an Hand des Katasters regelmäßig die einlaufenden Anfragen beantworten, die ohne Zweifel bald von Gefängnis-, Gerichts-, Amtsärzten, Irrenanstalten, Kliniken, wissenschaftlich arbeitenden Ärzten usw. an die Zentrale gerichtet würden. Dabei müßte es Grundsatz sein, daß die gesammelten Materialien nicht im Original weitergegeben, sondern nur innerhalb der Zentrale benutzt werden, und Auskünfte nur in Abschrift nach außen gehen dürfen. Auch ist hierbei die ärztliche Diskretion dadurch zu wahren, daß derartige Mitteilungen in der Regel nur an Ärzte gemacht werden.

Wir kommen somit zu dem Ergebnis: unser irrenstatistischer Vorschlag bedarf für die geschilderte Verwertung in sozialpsychiatrischer Hinsicht nur unwesentlicher und leicht durchführbarer Ergänzungen; die Angliederung einer zentralen Auskunftsstelle für die Zwecke der Beaufsichtigungs- und Fürsorge-Organisation ließe sich ohne prinzipielle oder materielle Schwierigkeiten bewerkstelligen.

Welche Vorteile nun dürften wir uns von einem solchen Vorgehen versprechen?

1. Vor allem würden auf diese Weise den Medizinalbeamten die Namen der in ihrem Bezirk lebenden Kranken, soweit sie einmal mit einer Behörde in Berührung kamen — was für die größte Mehrzahl derselben zutreffen dürfte — zur Kenntnis gebracht. Diese fundamentale Voraussetzung für eine sanitätspolizeiliche Überwachung wird sich auf keinem andern Wege erfüllen lassen.

2. Auch den Organen des Hilfsvereins, speziell den ärztlichen Obmännern der Ortsgruppen würden diese Kranken namentlich mitgeteilt. Wenn der ursprüngliche Hauptzweck der Irrenhilfsvereine auch in der Wahrnehmung der Entlassenen, die den Vertrauensmännern von den Anstalten und Kliniken avisiert werden, besteht, so dürfte die prophylaktische Fürsorge für psychisch labile Individuen, durch die vielleicht eine Internierung umgangen werden kann, ebenso sehr den Absichten dieser Vereine wie dem Interesse der Gefährdeten selbst und der Allgemeinheit entsprechen.

3. Der Wert dieser Meldungen an Amtsärzte und Vertrauensmänner würde erheblich erhöht durch die Mitteilung sämtlicher früher bei der Zentrale bekannt gewordenen Daten über den betreffenden Kranken. Wenn auch, wie erwähnt, aus dem Vorleben eines Kranken allein nicht ohne weiteres auf dessen Gemeingefährlichkeit geschlossen werden darf, so setzt uns doch nur eine möglichst objektive und möglichst genaue Vorgeschichte im Verein mit den klinischen Erwägungen in den Stand, zu beurteilen, wie der Betreffende auf ein gegebenes Milieu reagieren wird und in welcher Weise er am besten versorgt werden kann.

4. Besondere Bedeutung erhielten diese objektiven anamnestischen Anhaltspunkte, wenn der beamtete Arzt vor der Frage steht, ob ein Kranker zur Wahrung der öffentlichen Sicherheit oder in seinem eigenen Interesse nach dem Irrengesetz polizeilich in die Irrenanstalt einzuweisen ist. Ferner könnten die Gefängnis- und Gerichtsärzte sowie die Strafanstaltsärzte mit größtem Nutzen bei der Zentralstelle anamnestische Daten einholen, die in vielen Fällen ein fragliches Zustandsbild Gefängnis-Stupor etc.) rasch klären, bezw. durch den Nachweis früherer Akten und Krankengeschichten zu dessen baldiger Klärung beitragen würden. Dies gilt besonders für Fälle, in denen es sich um Landstreicher und überhaupt um Leute mit unstetem Lebenswandel handelt, bei denen die subjektive Anamnese oft wenig verwertbar ist.

5. Hierdurch wäre es den beamteten Ärzten wesentlich erleichtert, die in Betracht kommenden Instanzen, die Untersuchungsrichter, Staatsanwälte, Strafrichter, Zivilrichter und Gefängnisbeamten, auf Grund rasch erreichbarer aktenmäßiger Nachweisungen sachverständig zu beraten und so bei diesen Stellen überhaupt das Verständnis für das Wesen der psychischen Anomalien zu fördern. Auf diese Weise würde eine möglichst frühzeitige Erkennung krankhafter Zustände angebahnt und damit ganz wesentlich die rechtzeitige Anwendung

von Schutz- und Abwehrmaßregeln gegen gemeingefährliche Geisteskranke ermöglicht.[12])

6. Endlich würden sich die Ärzte der Anstalten und Kliniken gleichfalls mit bestem Erfolg der zentralen Auskunftsstelle bedienen. Die neuere Forschung hat mit innerer Notwendigkeit wieder auf das genaue und eindringende Studium des Einzelfalles und seiner Vorgeschichte (erbliche Anlage und Milieu) zurückgeführt; also zu einer Betrachtungsweise, die von jeher in unserm Spezialfach Geltung besessen hat. In praktischer Hinsicht gewinnt die genaue Analyse des Einzelfalles namentlich bei der Entlassungsfrage entscheidende Bedeutung, und es leuchtet ein, daß hierbei der prompte Nachweis amtlicher Akte im Vorleben des Kranken gerade bei schwierigen und strittigen Fällen besonders bedeutsam werden muß. Wie schon früher[13]) dargelegt, könnte die Auskunftsstelle endlich für die wissenschaftliche Biographie der konstitutionellen Psychopathen und vor allem für die weitverzweigten Aufgaben der psychiatrischen Familienforschung[14]) die größten Dienste leisten.

Was nun die technische Durchführbarkeit des ganzen Planes angeht, so sei bemerkt, daß das System des zentralisierten Melde- und Auskunftswesens z. B. bei der Organisation der Armenpflege in mehreren Großstädten wie Breslau und Mannheim erfolgreich erprobt ist. So ist in Mannheim[15]) seit mehreren Jahren eine zentrale Auskunftsstelle gemeinsam von der privaten Wohltätigkeit und der öffentlichen Armenpflege eingerichtet worden: für jeden erstmals Unterstützten wird eine Personalzählkarte angelegt; jede Unterstützung, die dem Betreffenden gewährt wird, ist von dem Geber zu melden und wird auf der Karte vermerkt; umgekehrt gibt die Meldestelle Auskunft über Würdigkeit und bisherige Unterstützung der Bittsteller.

[12]) Vgl. Aschaffenburg, a. a. O. S. 286 f.

[13]) Roemer, Über psychiatrische Erblichkeitsforschung. Arch. f. Rassenhyg. 1912 Jahrg. 9 Heft 3.

[14]) In unserm Zusammenhang ist ein Vorschlag des bekannten Vererbungsforschers Plate von Interesse, der für die Zwecke der Eugenik eine Anzeigepflicht für alle schweren erblichen Krankheiten und Mißbildungen fordert und u. a. ausführt: Wenn man bedenkt, daß in Deutschland der Staat jeden Dienstbotenwechsel und alle Hotelgäste, die Tag für Tag kommen und gehen, aufschreiben läßt, so kann man ihm auch zumuten, diese ungleich wichtigeren Verhältnisse zu buchen" (Plate, Vererbungslehre, S. 396).

[15]) Dem Vorstand des Statistischen Amtes der Stadt Mannheim Herrn Professor Dr. S. Schott danke ich an dieser Stelle für seine gütige Information.

Wie früher erwähnt, würde die Durchführbarkeit unseres Vorschlages dadurch wesentlich erleichtert, daß außer den Aufnahmen und Entlassungen der Irrenanstalten schon jetzt mehrere der vorgeschlagenen Ereigniskategorien, teils mit Individualangaben, teils summarisch, an das Statistische Landesamt gemeldet werden. Zunächst wäre mit den so eingehenden Materialien eine Sammlung von Katasterkarten für Geisteskranke anzulegen und allmählich eine Ereigniskategorie nach der anderen hinzuzufügen.

Das ins Auge gefaßte Gesamtmaterial wäre für ein Territorium von der Größe Badens (über zwei Millionen Einwohner) keineswegs unübersehbar; es handelt sich z. B. jährlich um ca. 1500 bis 2000 Erstaufnahmen der Irrenanstalten und Kliniken, um ca. 300 bis 400 Zugänge in der Zwangserziehung, ca. 300 Ehescheidungen usw. Im Vergleich zu der Bevölkerungsstatistik hätten wir es mit relativ geringfügigen Beobachtungsmassen zu tun. Wer über eigene Erfahrung bezügl. des Arbeitens mit Zählkarten verfügt, weiß, daß ein solches Material einen verhältnismäßig nur kleinen Raum beansprucht, so daß das von mancher Seite erhobene Bedenken eines gewaltigen Raumbedürfnisses als stichhaltig nicht anerkannt werden kann.

Die Durchführung unseres Vorschlages würde endlich gegenüber dem Stolperschen Plan einer reichsgesetzlichen Regelung des Meldewesens den Vorzug besitzen, daß die nötigen Maßnahmen auf dem einfacheren Wege der Verordnung getroffen werden könnten. Auf ein Reichsirrengesetz zu warten, dürfte sich im Hinblick auf die lange Vorgeschichte dieses Projektes kaum empfehlen. Übrigens würde einer landesgesetzlichen Regelung des Meldewesens nach Analogie des badischen Irrengesetzes natürlich ein Bedenken nicht entgegenstehen.

Endlich sei noch der Einwand erwähnt, eine solche Institution könnte gelegentlich zu Verstößen gegen die ärztliche und amtliche Diskretion führen. Demgegenüber ist darauf hinzuweisen, daß sämtliche Zweige der Bevölkerungsstatistik, wie z. B. die Todesursachenstatistik, derselben Gefahr, wenn man von einer solchen sprechen dürfte, ausgesetzt sind, daß unseres Wissens aber Indiskretionen aus der Irrenstatistik bisher noch nirgends vorgekommen sind, und daß es sich bei unserm Vorschlag zunächst weniger um eine wesentliche Erweiterung als um eine zentrale Verarbeitung der jetzt schon eingehenden statistischen Materialien handelt. Grundsätzlich wird man dem Staate die Berechtigung nicht absprechen wollen, alle jene Akte sozialpsychiatrischer Fürsorge, die er den

Kranken in ihrem eigenen Interesse, wie in dem der Allgemeinheit angedeihen läßt, zu registrieren, noch die Befugnis, solche Nachweisungen zur Sicherung der Gesellschaft und der Obsorge für die freilebenden Kranken weiter zu verwenden, sofern dies nur in geeigneter, taktvoller Weise und unter Wahrung der ärztlichen Diskretionspflicht geschieht.

Gerade Fälle, wie die jüngsten Schreckenstaten Geisteskranker, müssen uns eine nachdrückliche Mahnung sein, auf die vorliegende, verhältnismäßig einfache Möglichkeit hinzuweisen, wie derartige Vorkommnisse, wenn auch nicht stets vereitelt, so doch sicher in gewissem Umfange eingeschränkt werden können. Zudem bietet der entwickelte Plan, dessen Verwirklichung eine relativ geringfügige Geldfrage wäre, Gelegenheit, die soziale Prophylaxe der in letzter Zeit bedenklich zunehmenden Anstaltsbedürftigkeit wirksam in Angriff zu nehmen; gleichzeitig eröffnet sich hierbei Aussicht, zu einer verwertbaren Statistik der Geisteskranken, diesem eigentlichen Budget der öffentlichen Irrenfürsorge, zu gelangen. Der Wert einer derartigen Einrichtung kann natürlich erst voll in Erscheinung treten, wenn sie mehrere Jahre im Betriebe ist. Will man daher in absehbarer Zeit einen Fortschritt auf diesem Gebiet der Volkswohlfahrt erleben, so darf man mit dem Betreten eines solchen Weges nicht länger zögern.

Die Haftpflicht der Landes-Heil- und Pflegeanstalten.

Vortrag, gehalten auf der dritten Hauptversammlung des Österreichischen psychiatrischen Verbandes in Görz, Oktober 1913.

Von Landesrat Dr. **Franz Hueber,** Wien.

In der letzten Zeit hat es sich wiederholt ereignet, daß die Angehörigen von Patienten, wenn denselben in der Anstalt irgendein Unfall zustieß, gegen die Anstalt oder die der Anstalt vorgesetzte Behörde klagbar aufgetreten sind. Es besteht daher die Aufgabe, die ich mir heute gestellt habe, darin, klarzulegen, ob und inwieweit die Anstalt und die derselben vorgesetzte Behörde nach den geltenden Gesetzen in den Fällen, da Patienten in der Anstalt von einem Unglücksfalle betroffen wurden, haftbezw. schadenersatzpflichtig erscheinen.

In den modernen Gesetzbüchern des bürgerlichen Rechts gelangt der allgemeine Grundsatz zur Geltung, daß jeder durch unerlaubte Handlungen zugefügte Schaden zu ersetzen ist. Die Besonderheit der schädigenden Handlung tritt in den Hintergrund.

Der Begriff „Zivilrechtliche Haftung" erscheint im § 1293 des abGB. gegeben; der § 1293 gibt folgende Definition: „Schade heißt jeder Nachteil, welcher jemandem an Vermögen, Rechten oder seiner Person zugefügt worden ist. Davon unterscheidet sich der Entgang des Gewinnes, den jemand nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge zu erwarten hat.

Nach dem österr. Rechte gilt also zufolge § 1293 abGB. der Grundsatz, daß jedermann den Schaden, den er einem anderen aus Verschulden an Vermögen, Rechten oder seiner Person zugefügt hat, vergüten müsse.

Man sieht, daß der Begriff im Gesetze ziemlich weit gefaßt ist, daß nicht nur vermögensrechtliche Nachteile, sondern auch Benachteiligung anderer Rechte oder Rechtsgüter, welche die Person betreffen, darunterfallen. Ist eines dieser Rechtsgüter verletzt, so tritt eine Haftpflicht, das heißt eine Verpflichtung zur Vergütung des erlittenen Nachteiles, d. i. zum Schadenersatze, dann ein, wenn eine gesetzliche Vorschrift diese Verpflichtung begründet.

Im § 1294 abGB. sind die Quellen der Beschädigung, d. h. jene Ursachen, auf welche ein Schaden zurückzuführen ist, taxativ aufgezählt. Der § 1294 besagt: „Der Schade entspringt entweder aus einer widerrechtlichen Handlung oder Unterlassung eines anderen oder aus einem Zufall. Die widerrechtliche Beschädigung wird entweder willkürlich oder unwillkürlich zugefügt. Die willkürliche Beschädigung aber gründet sich teils in einer bösen Absicht, wenn der Schaden mit Wissen und Willen, teils in einem Versehen, wenn er aus schuldbarer Unwissenheit oder aus Mangel an der gehörigen Aufmerksamkeit oder des gehörigen Fleißes verursacht worden ist. Beides wird ein Verschulden genannt."

Der § 1295 abGB. bestimmt, daß jedermann berechtigt ist, von dem Beschädiger den Ersatz des Schadens zu fordern, welchen dieser ihm aus Verschulden zugefügt hat, der Schaden mag durch Übertretung einer Vertragspflicht oder ohne Beziehung auf einen Vertrag verursacht worden sein.

Nach diesen Bestimmungen würde daher die Anstalt bezw. ein Anstaltsbediensteter ersatzpflichtig

erscheinen 1. wenn er den Schaden dem Patienten wissentlich zugefügt hat; 2. wenn der Schaden aus Versehen zugefügt wurde; 3. wenn der Schaden entstanden ist durch schuldbare Unwissenheit, also beispielsweise Unkenntnis der ärztlichen oder Pflege-Vorschriften; 4. wenn der Schaden zugefügt wurde durch Mangel der gehörigen Aufmerksamkeit und des gehörigen Fleißes, also beispielsweise durch unachtsames Verhalten. Im § 1309 des abGB. wird die Schadenersatzpflicht der für Wahn- oder Blödsinnige zur Aufsicht bestimmten Personen im Falle der Vernachlässigung der ihnen obliegenden Obsorge normiert.

Eine Haftung der Anstalt für ein fehlerhaftes oder unrichtiges Vorgehen der Anstaltsbediensteten erhellt auch aus den Bestimmungen des § 1315 abGB., worin es heißt:

„Ebenso haftet derjenige, welcher wissentlich eine solche gefährliche oder wer zu einem Geschäfte eine untüchtige Person bestellt hat, für den Schaden, welchen ein Dritter hierdurch erlitten hat." Aus den vorzitierten Bestimmungen des bürgerlichen Gesetzbuches ist zu ersehen, daß, wenn dasselbe bei Schadenersatzansprüchen gegen das Gemeinwesen und seine Funktionäre zur Anwendung käme, die Haftung des Gemeinwesens und seiner Vertreter außer jedem Zweifel stünde. Das bürgerliche Gesetzbuch findet jedoch bei Schadenersatzansprüchen, die jemandem aus pflichtwidrigen Amtshandlungen öffentlicher Beamter erwachsen, keine Anwendung, diese Schadenersatzansprüche gehören in das Gebiet des öffentlichen Rechtes.

Die Judikatur der österr. Gerichte, welche gerade auf dem Gebiete der Haftpflicht des Gemeinwesens durchaus nicht gleichförmig ist, sondern sehr in den Anschauungen wechselt, und auch die Literatur — ich erwähne hier die ausgezeichneten Werke des Dr. von Randa und des Dr. Rucizka — nimmt, sofern sie dieser Frage der Haftpflicht näher tritt, den Standpunkt ein, daß die Haftung des Gemeinwesens aus Handlungen obrigkeitlichen Charakters verneint wird. Es wird der Standpunkt eingenommen, daß die juristische Person als solche unfähig ist, eine rechtswidrige Handlung zu begehen, denn die Ermächtigung ihrer Vertreter geht nicht dahin, die Zwecke der juristischen Person auf rechtswidrige Weise anzustreben. Zur Illustrierung der Richtigkeit des Gesagten zitiere ich beispielsweise den Wortlaut der Entscheidung des Obersten Gerichtshofes vom 21. Juli 1908, worin es heißt: „Die Regelung der Rechte und Pflichten des einzelnen Individuums dem Staate gegenüber, und zwar im engeren Sinne als Träger der Hoheitsrechte — nicht aber als wirtschaftlicher Unternehmer, da er da als Privatperson auftritt — und umgekehrt von Rechten und Pflichten des Staates dem Individuum gegenüber, bildet keinen Gegenstand des bürgerlichen Rechtes, fällt vielmehr in das Gebiet des öffenlichen Rechtes." Die Praxis des Reichsgerichtes hat jedoch sich den Anschauungen des obersten Gerichtshofes nicht angeschlossen, vielmehr die Kompetenz der ordentlichen Gerichte anerkannt und so zur Verwirrung auf diesem Gebiete der Rechtsprechung beigetragen. Wie ich schon gesagt habe, wechseln in der Judikatur gerade auf diesem Gebiete die Anschauungen.

Es taucht (nach Dr. Randa) die weitere Frage auf, ob eine juristische Person für den Ersatz jener Nachteile haftbar erscheint, welche ihre Vertreter bei der Ausübung der ihnen zugewiesenen Funktionen einer dritten Person durch rechtswidrige Handlungen verursachten.

Da aus der rechtlichen Natur der juristischen Person an sich eine solche Schadenhaftung nicht abgeleitet werden kann, läßt sich eine bejahende Antwort auf vorstehende Frage nur dann begründen, wenn das positive Recht eine Ersatzverbindlichkeit dieser Art ausdrücklich anerkennt. Hierbei ist aber zu unterscheiden, ob die juristische Person bezw. die öffentliche Körperschaft als ein wirtschaftliches Unternehmen auftritt, oder ob es sich um die öffentlich-rechtliche Wirksamkeit des betreffenden Beamten oder Funktionärs handelt.

Soferne es sich um ein Privatunternehmen einer juristischen Person oder eine vertragsmäßige Verbindlichkeit handelt, greift die Haftung derselben für die durch einen Gehilfen herbeigeführte Schädigung eines dritten zweifellos Plaz. — In jenen Fällen hingegen, wo ein Staats- oder Gemeinde-, Bezirks- oder Landesbeamter durch eine in der Ausübung der ihm anvertrauten öffentlichen Gewalt begangenen rechtswidrigen Handlung oder Unterlassung einer Partei Schaden verursachte, sind nicht die Grundsätze des Privatrechtes, sondern jene des öffentlichen Rechtes zur Anwendung zu bringen, denn die diesbezüglichen durch den Staats- wie durch den Landes- und Gemeindedienst begründeten Rechtsbeziehungen sind öffentlichrechtlicher Natur. Die Frage, ob der Staat oder eine Gemeinde für den Schaden aufzukommen hat, den ihre Organe in der Vollziehung ihrer amtlichen Obliegenheiten dritten Personen zufügten, muß auf Grundlage der Vorschriften des öffentlichen Rechtes beantwortet werden. Im österreichischen öffentlichen Rechte fehlt es jedoch an einer Vorschrift, welche eine derartige Haftpflicht grundsätz-

lich für alle Fälle aussprechen würde. Eine Verbindlichkeit des Staates zur Schadloshaltung wird im Gesetze nur anerkannt bei nicht bestätigter Beschlagnahme von Druckschriften (§ 13 PG. vom 17. Dezember 1862), bei gesetzwidriger Verhaftung (Art. VIII StGG. vom 21. Dezember 1867, RGBl. 142) und bei ungerechten Verurteilungen zufolge Art. IX StGG. vom 21. Dezember 1867 RGBl. Nr. 144, in welchem erklärt wird, der Staat oder dessen richterliche Beamten können wegen der von den letzteren in Ausübung ihrer amtlichen Wirksamkeit verursachten Rechtsverletzungen außer den im gerichtlichen Verfahren vorgezeichneten Rechtsmitteln mittels Klage belangt werden.

Dieses Klagerecht wird durch ein besonderes Gesetz geregelt. Dieses Gesetz ist dann unter dem 12. Juli 1872 RGBl. Nr. 112 erlassen worden. Da der Art. IX StGG. erklärt, „der Staat oder dessen richterliche Beamte", so kann jeder der beiden Teile, also der Staat oder der Richter zur Schadenersatzleistung herangezogen werden. Ferner ist zu erwähnen das Gesetz vom 25. Juli 1867, RGBl. Nr. 101, über die Verantwortlichkeit der Minister für die im Reichsrate vertretenen Königreiche und Länder. Eine Haftung der Gemeinden besteht nach den Landesgesetzen nur in Böhmen, Galizien und Vorarlberg, und zwar wenn durch Vernachlässigung der einer Gemeinde bei der Ausübung der Ortspolizei obliegenden Verpflichtungen jemand insbesondere durch Zusammenrottungen einen Schaden erleidet. Auf Grund dieser Bestimmungen der Gemeindeordnung wurde von den Gerichten eine Haftung der Gemeinden in allen anderen Fällen, wo jemand durch Verschulden der Gemeindeorgane irgendeinen Schaden erlitten hat, als nicht bestehend erkannt. Eine Haftung der Gemeinde ist noch im § 18 des Schubgesetzes vom 27. Juli 1871, RGBl Nr. 88, konstruiert, welchem zufolge die Gemeinde für diejenigen Kosten, welche sich aus der Vernachlässigung der ihr hinsichtlich des Schubwesens gesetzlich auferlegten Verpflichtungen ergeben, insbesondere für die Kosten der Wiedereinlieferung des Schüblings, sofern ihren Organen diesbezüglich ein Verschulden zur Last fällt, zu haften hat.

Im StGG. über die Ausübung der Regierungs- und Vollzugsgewalt erscheint wie Dr. Rucizka in seinem Werke ausführt, gleichfalls die alternative Belangung des Staates oder des Staatsdieners beabsichtigt. Es heißt im Motivenbericht des Verfassungs-Ausschusses: „Inwieferne die Verletzung der Privatrechte durch Verwaltungsakte ein Klagerecht gegen den Staat oder gegen den Beamten, von dem die Amtshandlung ausgegangen ist, gewährt, wird durch ein besonderes Gesetz normiert. Im Gesetzestexte wird aber nur eine zivilrechtliche Haftung der Staatsdiener angekündigt. Es heißt hierin:

„Sämtliche Staatsdiener sind innerhalb ihres amtlichen Wirkungskreises für die Beobachtung der Staatsgrundgesetze, sowie für die den Reichs- und Landesgesetzen entsprechende Geschäftsführung verantwortlich. Diese Verantwortlichkeit geltend zu machen sind diejenigen Organe der Exekutivgewalt verpflichtet, deren Disziplinargewalt die betreffenden Staatsdiener unterstehen. Die zivilrechtliche Haftung derselben für die durch pflichtwidrige Verfügungen verursachten Rechtsverletzungen wird durch ein Gesetz normiert."

Ein derartiges Gesetz über die Schadenersatzpflicht der österr. Staatsbeamten wurde jedoch bis dato nicht erlassen. Da ein spezielles Gesetz über die zivilrechtliche Haftung der Staatsdiener nicht erfloß, so muß daher die Frage erörtert werden, ob für die durch Amtshandlungen eines Staatsbeamten zugefügten Vermögensnachteile auf dem für die Geltendmachung privatrechtlicher Ansprüche vorgeschriebenen Wege Ersatz gefordert werden könne.

Zur Beantwortung dieser Frage ist das Hofdekret vom 14. März 1806 JGS. Nr. 758, maßgebend, welches lautet:

„Es ist in den Gesetzen gegründet, daß Staatsbeamte ihrer Amtshandlungen wegen vor dem Zivilgericht niemals belangt werden können und daß daher der Zivilrichter sich die Grenze seiner Gerichtsbarkeit von Amts wegen gegenwärtig halte, sohin solche Klagen, welche gegen Staatsbeamte ihrer Amtshandlungen wegen eingebracht werden, sogleich zurückweisen müsse."

(Schluß folgt.)

Referate.

— Marzinowsky, Dr. med. J.: Im Kampf um gesunde Nerven. Berlin, Verlag Salle. Preis 2 M.

Ein Wegweiser zum Verständnis und zur Heilung nervöser Zustände soll das vorliegende Büchlein, das bereits in der 4. Auflage erscheint, sein, und zu diesem Zwecke bespricht Verfasser zuerst die Gründe, die zur Nervosität führen. Er schildert zunächst die körperlichen Grundlagen der Nervosität (Überanstrengung, Alkohol usw.), sodann die seelischen (unausgeglichene Erregungszustände, speziell sexueller Natur, einseitige

Überlastung des Gehirn- und Seelenlebens usw.). Der zweite Teil soll den Weg weisen, wie eine Gesundung zu erzielen ist, speziell beschäftigt sich Verfasser mit der ärztlichen Erziehungstheorie im engeren Sinne, z. B. Behandlung des verkehrten Vorstellungsinhaltes, der allgemeinen Willensschwäche usw.; mancherlei Regeln über die Lebensweise Nervöser beschließen die Ausführungen.

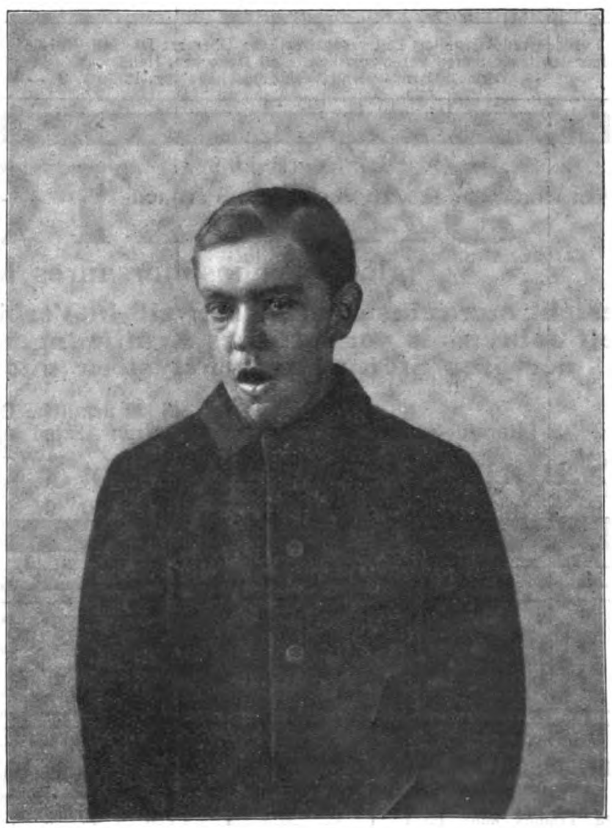
Allgemein verständlich ist die Ausdrucksweise, von sittlichem Ernst getragen und mit großer Hingabe geschrieben; in der Hand leicht erkrankter und verständiger Nervöser kann das Buch — wenngleich dies oder jenes vielleicht besser unerwähnt geblieben wäre — doch sehr wohl den Boden vorbereiten helfen, auf dem der Arzt dann weiter bauen muß. Kürbitz-Sonnenstein.

— Denkschrift zur Errichtung der Oberels. Bezirksheilanstalt Rufach. Straßburg 1912, Manias.

Die vornehm ausgestattete Schrift gibt in Wort und Bild einen guten Einblick in die vorzüglichen Einrichtungen der neuen Anstalt. Daß für Laien verständlich der ärztliche Dienst und die Krankenbehandlung in einem besonderen Kapitel geschildert werden, verdient anerkennende Erwähnung. Mercklin.

— Mouneyrat, Prof. agrégé, Dokteur ès sciences: Nouveaux dérivés sulfurés permettant d'administrer les arsénos sous forme soluble, par voie intramusculaire ou sous-cutanée. Cause de la toxicité du dioxydiamino-arsénobenzol. Extrait du „Journal de Médecine interne" du 10. février 1912 et de „Paris clinique et therapeutique" du 5. avril 1912. Moderne Imprimerie, 9 rue Abel-Hovelacque, Paris.

Nach Ansicht des Verf.s beruhen die zufälligen oder unerwarteten Todesfälle im Gefolge der 606-Behandlung normaler, nur rein luetisch erkrankter Patienten auf der großen Affinität des Ehrlichschen Präparates zu den Körperzellen im allgemeinen und besonders zum Nervengewebe. Diese Affinität sei bedingt durch den basischen Charakter des Salvarsans. Die basische Eigenschaft von 606 strebe nach Sättigung durch säurehaltige Gewebezellen, unter denen die nucleinhaltigen Nervenzellen am meisten geeignet seien, die Sättigung zu leisten. Das 606 spiele gegenüber den Zellkernen dieselbe Rolle wie das Fuchsin, das Methylenblau und andere Färbstoffe mit basischem Charakter.



Angaben, welche zur Ermittlung der Herkunft obiger Person dienen, sind an die Direktion der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Johannisthal bei Süchteln (Rheinland) zu richten. Die Person ist ca. 20 Jahre alt, sie gibt an Mansserowski zu heißen und aus Russisch-Polen zu stammen.

Der zweite Teil der Arbeit bildet Versuche, die basischen Arsenpräparate durch chemische Umwandlung für den Körper zu entgiften; u. a. kommt Verf. auch auf sein Hektine zu sprechen. Letzteres soll übrigens, soweit Ref. die diesbezügliche französische Literatur kennt, tatsächlich ein empfehlenswertes Präparat sein.

Heinicke, Großschweidnitz.

Therapeutisches.

— **Unsere Erfahrungen mit dem Tuberkulin Rosenbach.** Von Dr. med. Hans Bergmann. (Aus der inneren Abteilung des Posener Diakonissenhauses. Dirigierender Arzt: Prof. Dr. O. Heß.) „Therapie der Gegenwart", November 1913.

Die Injektionen wurden bei glattem Verlauf dreimal wöchentlich gemacht, und zwar, das Tuberkulin direkt mit der Rekordspritze eingesogen und intramuskulär eingespritzt. Die Wunde wurde mit Leukoplast verklebt.

Seitdem man die Haut nach der Einspritzung fest um die Nadel drückte und diese dann schnell herauszog, wurde nicht mehr über wesentliche Beschwerden bei der Einspritzung geklagt. Es war also früher eine gewisse Menge des Mittels in den Stichkanal gedrungen und hatte die in der Haut befindlichen Nervenendigungen gereizt.

Von unangenehmen Nebenwirkungen wurde nur über Appetitlosigkeit geklagt, einige Male auch über Schwindel oder das Gefühl eines leichten Rausches. Dreimal wurden Exantheme nach der Injektion gesehen.

Es werden 14 Krankengeschichten mitgeteilt.

„Wir sehen also, daß sich mit dem Tuberkulin Rosenbach so gute Erfolge erzielen lassen, wie man sie überhaupt nur wünschen kann. Ein sicheres und vollkommenes Heilmittel der Tuberkulose ist es natürlich ebensowenig wie alle anderen Tuberkuline".

Besondere Vorzüge des Tuberkulin Rosenbach: Die geringe Giftigkeit und die große Bequemlichkeit bei der Anwendung.

— **Narkophin.** Von Dr. Wockenfuss, Berlin. Münch. med. Wochenschr. Nr. 38, 1913.

W. hat an sich selbst und an mehreren Fällen die Beobachtung gemacht, daß da, wo Morphium nicht vertragen wurde, mit Narkophin schöne Erfolge erzielt werden.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 50. 14. März **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Die sedative Wirkung des Diogenal bei Psychosen und Neurosen. Von Dr. Friedr. Mörchen, Ahrweiler. (S. 601.) — Die Haftpflicht der Landes-Heil- und Pflegeanstalten. Von Landesrat Dr. Franz Hueber, Wien. Schluß. (S. 606.) — Zur Irrenstatistik in England und Deutschland. Von Medizinalrat Dr. Alter, Lindenhaus. (S. 608.) — Mitteilungen (S. 609): Int. Kongreß für Neurologie, Psychiatrie und Psychologie.

(Aus dem Kurhaus Ahrweiler.)

Die sedative Wirkung des Diogenal bei Psychosen und Neurosen.

Von Dr. **Friedr. Mörchen,** Nervenarzt in Ahrweiler.

Diogenal ist ein neues, bromhaltiges Derivat der Diäthylbarbitursäure (Versonal). Auf seine chemische Zusammensetzung kommen wir noch zurück. Seine besondere Bedeutung liegt darin, daß es die sedativen Eigenschaften des Veronal gewissermaßen isoliert darstellt. In der „Münchener medizinischen Wochenschrift" (Nr. 48 1913) habe ich das Diogenal zuerst für einen größeren Ärztekreis besprochen und schon auf seine besondere Wichtigkeit für die psychiatrische und neurologische Praxis hingewiesen. Es liegt mir nun daran, eingehender, als es dort möglich war, über unsere jetzt über fast anderthalb Jahre ausgedehnten Versuche mit diesem Sedativum für den engeren Kreis der Fachgenossen zu berichten.

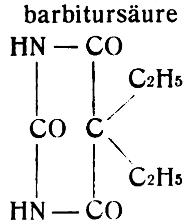
Nach der Entdeckung des Veronal, die ohne Zweifel einen prinzipiellen Fortschritt der Schlafmittelpharmakologie darstellte, insofern, als die ganz hervorragende hypnotische Wirkung einer neuen chemischen Gruppe festgestellt wurde, sind zahlreiche Versuche mit Verwandten des Veronal, z. B. Proponal, Luminal einerseits, und mit bromhaltigen Harnstoffabkömmlingen wie Bromural, Adalin andererseits gemacht werden. Das Bestreben, die hypnotischen Wirkungen des Veronal abzuschwächen, ohne sie ihrer wertvollen Besonderheiten zu berauben, hat schon, in dem Adalin vor allem, gewisse Erfolge gezeitigt, wenn uns auch mit allen den genannten Mitteln kein prinzipieller Fortschritt gegenüber der Einführung des Veronal selbst gemacht zu sein scheint.

Das Suchen nach weiteren Kombinationsmöglichkeiten von Veronalgruppen mit Brom konnte nur dann von praktischer Bedeutung werden, wenn es gelang, die sedativen Wirkungen gegenüber den hypnotischen noch mehr in den Vordergrund zu rücken, als es bereits z. B. bei dem Adalin gelungen war. Von diesem Gesichtspunkt aus haben wir das Diogenal einer eingehenden Prüfung unterzogen, und ich will im folgenden über eine Anzahl von Fällen verschiedenster Art berichten, in denen wir die sedativen Wirkungen des D. beobachten konnten.

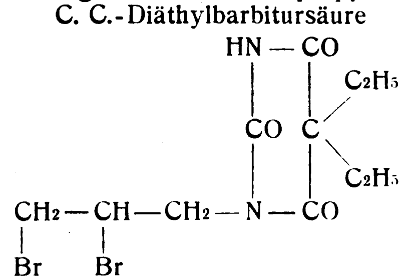
Zunächst aber einiges über die pharmakologische Beschaffenheit des Diogenal. Wir fassen kurz das für uns Wesentlichste aus den von Herrn Professor Dr. Heinz in Erlangen im dortigen pharmakologischen Institut gemachten Feststellungen zusammen (veröffentlicht in Nr. 47 1913 der Münchener med. Woch.).

Danach handelt es sich um einen Körper von nachstehender Zusammensetzung (wir stellen zum einfacheren Verständnis die Formeln von Veronal und Diogenal einander gegenüber):

Veronal = C. C.-Diäthylbarbitursäure



Diogenal = N-Dibrompropyl-C. C.-Diäthylbarbitursäure



D. ist unter den oben erwähnten bromhaltigen Verbindungen die dem Veronal am nächsten stehende, immerhin aber noch soweit unähnlich, daß man mit Recht auch Unterschiede in der Wirkungsweise erwarten durfte. Es enthält zwei Br. und hat einen Bromgehalt von 41,6 % gegenüber 33,7 % des Adalins und 35,8 % des Bromurals. Nach den pharmakologischen Untersuchungen war zu erwarten, daß bei dem D. auch klinisch eine Bromwirkung in Erscheinung treten werde. Wir werden sehen, daß dies zutrifft und daß die hypnotische Wirkung des D. gegenüber der rein relativen sich bedeutend weniger geltend macht. Auch die toxische Wirkung des D. ist nach den Versuchen von Prof. Heinz viel geringer (ca. viermal so klein) als die des Veronal. Selbst nach großen Dosen, die die therapeutisch anzuwendenden Mengen weit übersteigen dürften, traten keine Nebenerscheinungen unangenehmer Art an Herz, Nieren und Atmung auf. Speziell der Blutdruck blieb selbst bei Dosen, die zu Koma führten, unverändert.

Das D. bildet ein weißes, feines, schwach bitter schmeckendes kristallinisches Pulver. Es ist schwach sauer, beständig gegen verdünnte Säuren, löst sich allmählich im alkalischen Darmsaft. In Alkohol, Äther und Fetten ist es löslich.

Wir haben das D. seit Oktober 1912 in ungefähr 2000 Einzeldosen an zahlreichen Fällen schwerer und leichter Psychosen erprobt. Dazu standen uns Tabletten zu 0,5 g und Pulver zu 1,0 g zur Verfügung. Leider ist das D. nicht wasserlöslich. Aber der Geschmack ist nicht so intensiv, daß es nicht gelungen wäre, bei nicht allzu empfindlichen Kranken das Mittel auch unbemerkt im Kompott u. dergl. zu geben. Dazu eignen sich die Pulver am besten, während sich der Füttersuppe bei Sondenernährung besser die Tabletten zusetzen ließen, nachdem sie mit etwas Wasser schnell zum Zerfallen gebracht waren. Im übrigen nahmen die weitaus meisten Patienten das Mittel ohne Widerstreben sowohl mit wie ohne Oblate ein.

Wir haben schon darauf hingewiesen, daß wir nicht erwarteten, in dem D. ein wirksames Hypnotikum zu erhalten. Es sei aber schon jetzt bemerkt, daß wir auch in dieser Richtung das Mittel geprüft haben. Dabei stellte sich nun heraus, daß kleinere Dosen bis zu 1,5 g überhaupt keinen hypnotischen Effekt in den weitaus meisten Fällen erzielten, und daß erst Dosen von 2,0 g in einigen Fällen auch Schlaf erzeugten, aber nur da, wo auch ein rein suggestiver Einfluß des Mittels zur Erklärung des hypnotischen Effekts ausgereicht hätte. So haben wir uns von vornherein darauf beschränkt, das Mittel als Sedativum auszuprobieren. Es wurden also meist protrahierte Darreichungen durch 3—14 Tage hintereinander gemacht. Die einzelne Dosis schwankte je nach der Schwere des Zustandes zwischen 0,5 und 1,5 g, die meist dreimal täglich gegeben wurden. Nur selten gingen wir bis zu 2,0 g auf einmal. Doch wurde auch diese hohe Dosis ohne alle erkennbaren resp. unangenehmen Nebenwirkungen vertragen.

Wir berichten nun über diejenigen Fälle, in denen wir das D. periodisch immer wieder durch einige Tage oder Wochen hindurch anwandten. Zwischendurch wurden stets auch andere Sedativa gegeben, um vergleichende Feststellungen machen zu können. Auf die natürlich viel zahlreicheren Fälle, in denen D. nur vorübergehend gegeben werden konnte, gehen wir hier nicht ein. Denn noch mehr als bei der Prüfung anderer Mittel scheint es uns bei einer klinischen Untersuchung sedativer Wirkung von Medikamenten geboten, nur solche Beobachtungen zu verwerten, die in zahlreicher Wiederholung stets das gleiche oder doch ein ähnliches Resultat ergaben. Einzelbeobachtungen enthalten fast immer eine Menge von Fehlerquellen und sollten deshalb aus solchen Berichten, die einen wissenschaftlichen Charakter beanspruchen wollen, ausgeschlossen bleiben.

Fall I. Frl. O., 26 Jahre alt, zur Gruppe der Dementia praecox gehörend, durch Halluzinationen fast anhaltend unruhig, oft laut schreiend, mit vielen katatonischen Zügen behaftet und durch sie motorisch erregt. Zwei Tage lang zweimal 1,0 g, zwei folgende Tage dreimal 1,0 g Diogenal. Erst am zweiten Tage wurde Pat. ruhiger, am vierten Tag ganz erhebliche Änderung: Sie blieb im Bett, schrie nicht, war zugänglicher. Am fünften Tag ohne D. ganz ruhig. Bekam noch drei Tage je zweimal 1,0 g, blieb aber ruhiger, auch nachts. Schlafen tagsüber wurde nicht beobachtet, wohl besserer Schlaf nachts. Dann wurde D. ausgesetzt. Erst allmählich trat wieder größere Unruhe auf. Wir wiederholten diese Versuchsanordnung in ungefähr gleicher Weise mehreremale, jedesmal fast mit demselben Effekt. Zur Kontrolle wurde Adalin und Veronal gegeben. Es war unverkennbar, daß bei diesen die hypnotische Wirkung mehr hervortrat, daß der sedative Einfluß sich zwar schneller, aber viel weniger gleichmäßig und nachhaltig geltend machte.

Fall II. Frl. K., 55 J. alt. Alte Epileptika, wahrscheinlich später noch Dementia praecox. Rein vegetatives Dasein mit fast anhaltend schwerer Erregung seit vielen Jahren. Bekam jeden Monat zu den Zeiten stärkster Unruhe dreimal 1,0 bis viermal 1,0 g D. ins Essen, ohne daß sie es merkte. Am zweiten Tag wurde sie ruhiger, war dann auch nach dem Aufhören der Medikation noch einige Tage kaum störend und wurde erst allmählich wieder laut. Wenn sie 4,0 g pro die bekommen hatte, trat etwas Benommenheit ein. Mit 3,0 g blieb sie abso-

lut frisch. Diese Kranke hat durch viele Jahre alle möglichen narkotischen und sedativen Medikamente bekommen, wenn sie gar zu wüst war. Es ist sicher, daß bisher kein Mittel in gleich intensiver Weise beruhigend und doch nicht betäubend wirkte.

Fall III. Frl. v. B., 60 Jahre alt. Seit vielen Jahren rein halluzinatorisch erregt, ohne wesentliche Demenz, sehr klein und schwächlich. Bei ihr hatten 3,0 pro die Diog. doch eine hypnotische Wirkung, die aber ganz allmählich eintrat und eine gewisse Schläfrigkeit, nicht einmaligen tiefen Schlaf herbeiführte. Bei 2,0 g blieb Pat. tagsüber ganz frisch, war aber viel besser zu haben und konnte sogar in Gesellschaft anderer Kranker sein, was sonst nur in ihren besten Zeiten der Fall war. Wiederholt wurde festgestellt, daß die Pat., wenn sie auch sehr erregt war, durch Diog., zwei bis drei Tage gegeben, in eine wesentlich ruhigere Verfassung kam.

Fall IV. Frl. G., 30 J. alt. Ziemlich demente Schizophrene, seit Jahren stationär, zeitweilig, meist zur Zeit der Menses, lebhaft erregt, sich selbst beschädigend. Dreimal 1,0 g D., nur zwei bis drei Tage gegeben, hatten eine nachhaltige Beruhigung jedesmal im Gefolge. Die Wirkung dauerte nach der festen Meinung der Pflegerinnen bis zu acht Tagen an. Eine hypnotische Wirkung im eigentlichen Sinne trat nicht hervor.

Fall V. Frau v. B., 40 J. alt. Paranoide Demenz mit vielen katatonen Zügen und häufigen und starken halluzinatorischen Erregungen. Bei leichterer Unruhe machten dreimal 1,0 g D. am Tage die Kranke etwas müde, ohne daß sie einschlief. Sie setzte sich aber viel auf die Erde und aß schlechter; dreimal 0,5 g genügten schon, um sie für einige Tage ruhiger zu halten. Bei stärkerer Erregung hatten größere Dosen einen gleich guten Effekt, ohne die Pat. in ihrem Allgemeinbefinden zu stören.

Fall VI. Frl. de B., 45 J. alt. Stark dement seit Jahren, zuweilen plötzlich in höchstem Grade gewalttätig werdend, was sich dem Kundigen allerdings vorher durch Gereiztheit in dem Wesen der Kranken anzeigte. Dreimal 1,0 g D. wirkten jedesmal deutlich entspannend, wenn die Kranke in ihren gereizten Zustand zu kommen drohte. Nachdem sie bei der ersten Darreichungsperiode am vierten Tag mit dreimal 1,0 g etwas benommen geworden war, gaben wir die nächsten Male nur am ersten Tag soviel, die weiteren drei Tage nur 1,0 g und hatten doch den gleichen Effekt, indem die Pat. viel besser zu haben war als sonst in ihrer gereizten Zeit.

Einige weitere Fälle von ebenfalls chronischer Psychose mit mehr und weniger anhaltender Erregung wurden in gleich günstiger Weise durch D. beeinflußt. Sie bieten gegenüber den bisher schon berichteten Fällen wenig Neues oder Originelles, so daß im Interesse der Kürze auf eine genauere Darstellung verzichtet werden kann. — Was uns an diesen Beobachtungen von ausgezeichneter sedativer Diogenalwirkung gerade bei den Formen schwerster psychotischer Erregung praktisch wertvoll erscheint, ist folgendes: Wir haben in fast allen Fällen neben dem D. zwischendurch auch andere beruhigende Mittel probiert oder kannten doch schon die Reaktionsweise der betr. Kranken auf die anderen Mittel, die sie früher bekommen hatten. Es zeigte sich, daß keines der uns bisher bekannten Medikamente so stark sedativ wirkte, ohne gleichzeitig auch in oft unwillkommener Weise hypnotische Effekte hervorzurufen oder unangenehme Betäubungsgefühle u. dergl. zu bedingen. Wenn man den Standpunkt vertritt, daß man nicht nur im Interesse der schwer erregten Kranken selbst alles tun muß, um den Zustand, unter dem sie doch meist selbst sehr leiden, zu lindern, sondern auch berechtigt ist, die Kräfte des gesunden Personals zu schonen, indem man allzusehr erregte Kranke ruhiger stellt, so muß doch immer das „nil nocere" im Vordergrund ärztlicher Erwägungen stehen. Und diesen Erwägungen kommt das D. nach unseren Erfahrungen in einer sehr erfreulichen Weise entgegen, während sich mit ihm sedative Wirkungen so intensiver und nachhaltiger Art erzielen lassen, wie wir sie bisher bei einem so wenig Nebenerscheinungen bedingenden und so wenig hypnotisch wirkenden Mittel noch nicht kannten. Wohl konnte keine absolute Ruhigstellung bei schweren Erregungen erreicht werden, wie sie z. B. durch Morphium-Hyoscin-Betäubung zuweilen möglich ist. Was wir aber beobachten konnten und was doch schon eine wesentliche Erleichterung für die Kranken und für die Umgebung darstellte: die innere Spannung, die Gereiztheit, der Negativismus, die Aggressivität ließen fast ausnahmslos unter der protrahierten Diogenalwirkung ganz wesentlich nach, ohne daß die Kranken einen „verdösten" Eindruck gemacht oder viel geschlafen hätten. Es war ersichtlich, daß durch das Mittel ein angenehmes subjektives Gefühl bei ihnen erzeugt wurde.

Noch deutlicher trat diese angenehme subjektive Wirkung des D. bei einigen anderen Kranken in Erscheinung, die mehr imstande waren, über ihre Empfindungen bei Gebrauch des Mittels Auskunft zu geben.

Fall VII. Frl. v. G., 28 J. alt. Angeborener Schwachsinn mit vorwiegend degenerativen Charakterzügen, die sich in Zeiten manischer Erregung zu höchst asozialem Wesen verstärken. Diese Patientin reagierte individuell besonders stark auf D. Wir gaben es durch mehrere Wochen hindurch mit Unterbrechungen in Dosen von dreimal 0,5 g. Die sonst recht unruhige, vor allem aber äußerst querulante und lästige Kranke wurde jedesmal nach kurzer Zeit, meist schon am Abend des ersten Tages der Darreichung von D., bedeutend friedlicher gestimmt. Jedenfalls war sie mit D. viel besser zu haben als ohne. Aber in diesem Fall bewirkte D. doch eine ge-

wisse Neigung zu Schläfrigkeit, ohne direkt tiefen Schlaf herbeizuführen. Die Kranke, obwohl sonst sehr kritisch, empfand die leichte Müdigkeit jedoch nicht unangenehm.

Bei Verringerung der Dosis von dreimal 0,5 g verlor sich wohl die Schläfrigkeit, doch trat dann auch keine deutliche sedative Wirkung mehr auf.

Fall VIII. Frau S., 36 J. alt. Depressiver Zustand mit vielen Zügen „hysterischer" Selbstquälerei und demonstrativen Leidens auf manisch-depressiver Grundlage. Auch diese Pat. bekam nur dreimal 0,5 g pro die längere Zeit hindurch. Obwohl sie eine sehr schwächliche, blutarme und unterernährte Person war, vertrug sie das Mittel sehr gut. Es war eigentlich das einzige, das sie gerne nahm, weil es ihr einige Beruhigung verschaffte, ohne sie „zu betäuben". Tatsächlich war die Kranke mit D. entschieden gefaßter. Es kam nicht mehr zu den erregten Szenen leidenschaftlicher Klagen, wie ohne das Sedativum sie fast täglich vorkamen.

Fall IX. Herr B., 40 Jahre alt. Ein ganz eigenartiger Fall von seit fast 2 Jahren bestehender „agitierter Melancholie". Schwere konstitutionelle Neurasthenie ererbter Art, seit 20 Jahren nicht im psychischen Gleichgewicht, aber doch höchstens Andeutung von manisch-depressivem Wechsel. Viele hysterische und in der Art der steten Unruhe auch katatone Züge. Ausgesprochener Besessenheitswahn. Patient bekam öfter eine Woche lang dreimal 1,0 g pro die. Er wurde dann am zweiten oder dritten Tage ruhiger, blieb mehr zu Bett, auch war eine gewisse Nachwirkung unverkennbar. Aber die sedative Wirkung des D. trat in diesem Falle nicht mit der gleichen erfreulichen Entschiedenheit und Deutlichkeit in Erscheinung, wie bei den anderen Fällen. Allerdings fehlte auch hier trotz Gaben von 2,0 auf einmal jede hypnotische Starkwirkung. Aber es gelang doch nicht, den Kranken wesentlich ruhiger zu stellen. Die gleichen Dosen, die bei einigen der zuerst erwähnten Kranken selbst heftigste Erregungen günstig beeinflußten, konnten die rastlose Unruhe und Angst unseres Patienten nicht nachhaltiger beseitigen. Doch muß man sagen, daß in diesem Falle auch alle anderen Mittel, wenn sie nicht direkt stark narkotisch wirkten, fast ohne Einfluß blieben. Der Kranke verhielt sich selbst gegen 1,0 g Veronal beinahe ganz refraktär und konnte sogar mit einer solchen Dosis eine schlaflose Nacht zubringen. Diese ungewöhnliche Reaktionslosigkeit auf Schlafmittel u. dergl. glauben wir öfters bei Kranken mit schwerer konstitutioneller Schwäche und Entartung des Zentralnervensystems gefunden zu haben.

Fall X. Frl. F., 50 J. alt. Die Patientin befindet sich schon seit über 20 Jahren in hiesiger Anstalt, weil sie abgesehen von Depressionsphasen ziemlich harmlosen Grades ungefähr alle 2 Jahre in eine manische Erregung ganz wüster Art gerät, die 6 bis 10 Monate anhält. Es handelt sich um eine Form des zirkulären Irreseins ohne wesentliche Demenz trotz des langen Bestehens. Bei dieser Patientin treten zwischendurch Perioden leichterer querulierender Erregung und Gereiztheit ein, in denen sie recht lästig sein kann. Wir haben gefunden, daß eine prolongierte Darreichung von sedativ wirkenden Mitteln den Zustand für die Umgebung und für die Kranke wesentlich erträglicher gestaltete, sicher auch das Auftreten stärkerer Erregung zu koupieren geeignet war. Die Kranke hatte im Lauf der Jahre schon fast alle in Betracht kommenden Mittel erhalten. Wir hatten gefunden, daß Sulfonal am besten den hier gewünschten Effekt erzielte, mußten aber in letzter Zeit recht zurückhaltend mit diesem Mittel sein, weil die Pat. bezüglich Herz und Nieren nicht mehr so unempfindlich gegen Medikamente war wie in früheren Jahren. So war es uns in diesem Falle besonders interessant, die Wirkung des Diogenal zu erproben. Frl. F. bekam durch zwei Wochen hindurch täglich dreimal 1,0 g. Es zeigte sich keinerlei unangenehme Nebenwirkung. Ein hypnotischer Effekt im eigentlichen Sinne trat nicht ein. Wohl aber war der sedative Einfluß des D. ein ganz außerordentlich günstiger. Auch hier stimmte das ganze Personal, das mit der zeitweilig sehr schwierigen Patientin zu tun hat, darin überein, daß das „neue Mittel" die Kranke sehr beruhige und den Umgang mit ihr außerordentlich erleichtere. Auch Frl. F. selbst empfand den Gebrauch des D. als sehr wohltuend und nahm es gerne. In diesem Falle war es besonders eklatant, wie sehr die innere Spannung und Gereiztheit der Kranken durch Beseitigung der ihnen zugrunde liegenden Mißempfindungen verringert wurden. Auch mit dem Sulfonal hatten wir eine so ausgesprochen gute Wirkung nicht erzielt.

Fall XI. Frl. S., 30 J. alt. Die Patientin befindet sich seit ungefähr 3 Monaten in einem katatonischen Zustand meist stuporösen Charakters. Die starke Hemmung erschwert sehr die Nahrungsaufnahme. Auch ist die Kranke nachts zuweilen recht unruhig. Sie bekam in den Zeiten stärkerer Erregung und intensiveren Widerstrebens zweimal pro die 1,0 g Diogenal. Der Einfluß war ein deutlicher am zweiten oder dritten Tag. Nach vier Tagen wurde wieder ausgesetzt. Doch blieb die Pat. noch mehrere Tage ruhiger und vor allem viel zugänglicher. Die Hemmung und der Negativismus wurden in diesem Falle ganz zweifellos durch D. wesentlich verringert.

Fall XII. Frau B., 58 J. alt. Es handelt sich um einen ganz eigenartigen Demenzzustand bei einer von klein auf psychisch unnormalen Frau, die in höchstem Grade erblich belastet ist. Sie hat niemals das Bild einer akuten Psychose geboten, war intellektuell sehr gut veranlagt. Nach dem Tode ihres Mannes, mit dem sie ein Einsiedlerleben führte, verlor sie jeden seelischen Halt und mußte wegen absoluter Selbstvernachlässigung in die Anstalt. Jetzt bietet sie noch immer das Bild einer ins Pathologische gesteigerten Trauer. Sie jammert und schreit nach ihrem verstorbenen Gatten, beklagt ihr Schicksal, hat keinerlei Initiative und für nichts Interesse. Dabei wird sie immer korpulenter und verläßt nur gezwungen und unter lautem Schreien das Bett. Diese Patientin bekam öfters zwei- bis dreimal täglich 1,0 g Diog. Da sie selbst immer nach Mitteln verlangt, um „mehr Ruhe zu haben", so machte die Darreichung keinerlei Schwierigkeiten. Es war auffallend, wieviel ruhiger die Pat. nach zwei bis drei Tagen Diog.-Ge-

brauchs wurde. Sie schrie nicht mehr so störend, war weniger widerstrebend, verließ von selbst das Bett, äußerte weniger ihre Angstvorstellungen (daß man sie verhungern lasse, daß man sie hinauswerfen werde). Nebenwirkungen traten nicht ein.

Die bis jetzt berichteten Fälle hatte ich schon in meiner ersten Veröffentlichung kurz angeführt. Inzwischen sind wieder einige Monate verflossen, und wir haben bei den meisten der erwähnten Kranken das D. von neuem längere oder kürzere Zeit gegeben. In Fall IX, der sich früher wenig beeinflussen ließ, haben wir doch bei protrahierter Darreichung von D. eine wesentliche Beruhigung erzielt, vor allem aber eine subjektive Besserung durch Aufhebung des quälenden Angstgefühls und dadurch eintretende Möglichkeit, wenigstens mal einige Stunden ruhig zu liegen. — In Fall X war inzwischen wiederum Gelegenheit, eine beginnende manische Phase mit energischen Diogenaldosen (dreimal 1,0 g pro die) zu behandeln. Der Effekt war ebenfalls ein ganz eklatanter. Die Veränderung im Wesen der Kranken fiel selbst den anderen Patientinnen auf.

Bei zwei anderen manisch-depressiven weiblichen Kranken konnten wir auch eine ganz ausgezeichnete sedative Wirkung des D. auch bei fortgesetztem Gebrauch in der manischen Phase konstatieren. — Von den weiteren Fällen, in denen wir D. verwandten, will ich nur noch einige kurz erwähnen, die ein besonderes Interesse boten:

Ein 40 jähriger Beamter leidet seit fast 20 Jahren an Verfolgungsideen, ohne aber in seiner recht schwierigen Berusarbeit wesentlich gestört zu werden. Erst seit einigen Monaten besteht ein Zustand von Angst, Sinnestäuschungen und verstärktem Verfolgungsgefühl, was alles zu intensivem Suiziddrang, Schlaflosigkeit, Unruhe und Mißstimmung führte. In diesem Zustand befindet sich Pat. auch jetzt in der Anstalt. Er erhielt durch 14 Tage Diogenal 2,0 bis 3,0 täglich. Die Wirkung war eine ganz hervorragend gute. Pat. selbst sagte öfters: „Ich fühle mich wie ein ganz anderer Mensch. Ich kann mich doch mal ruhig hinsetzen. Sogar lesen kann ich, was sonst ganz unmöglich war." Der Nachtschlaf wurde ein besserer. Was Patient besonders rühmte, war, daß er auch am Tage mal ein Stündchen schlafen konnte. Dabei war aber kein eigentlicher, unmittelbarer hypnotischer Effekt nachzuweisen. Auch nach Aussetzen des Diog. blieb Pat. besser und ist inzwischen soweit genesen, daß er wohl demnächst wieder in sein Amt zurückkehren kann. Er selbst schreibt das dem Diogenal zu.

In mehreren Fällen von Entziehungskuren (Morphium, Opium, Alkohol), deren einen ich schon in der ersten Arbeit erwähnte, wurde von den Patienten die außerordentlich intensive sedative Wirkung und das Fehlen unangenehm betäubender oder einschläfernder Empfindungen bei D. sehr gerühmt. Besonders die während und auch noch nach der Entziehung zu bestimmten Stunden sich einstellenden unangenehmen Gefühle von Unruhe und leichter Präkordialangst blieben geradezu ganz aus. Einige Patienten hatten ein gewisses euphorisches Gefühl nach dem Diogenalgebrauch. Jedenfalls wirkte kein anderes Sedativum in gleich intensiver Weise, ohne daß auch unerwünschte hypnotische Wirkungen sich geltend gemacht hätten.

Es ist erklärlich, daß das Mittel sehr den Beifall der besonnenen Kranken fand, und daß sie nicht gerne mehr ein anderes Sedativum nehmen wollten. Da wir das D. nur unter steter ärztlicher Kontrolle brauchen ließen und darauf hielten, daß nach höchstens 14 tägigem Gebrauch eine Pause (ev. unter Einführung eines anderen Sedativums) gemacht wurde, so konnte es bei uns nicht zu einem gewohnheitsmäßigen Gebrauch resp. Abusus des Mittels kommen. Doch wird man bei Neurosen und leichten Psychosen sein Augenmerk auf diese Möglichkeit zu richten haben. Allerdings sahen wir in keinem Falle bisher das Bedürfnis nach einer Steigerung der Dosis auftreten, denn wenn nach längerem Gebrauch eine Abschwächung der Wirkung eintrat, so konnte sie auch durch größere Dosen nicht mehr wesentlich gesteigert werden.

Gelegentlich haben wir das D. auch bei einfacher „Neurasthenie" zur Bekämpfung verschiedener Mißempfindungen gegeben. Eine ausführlichere Darstellung der Resultate erübrigt sich; sie waren ebenso auffallend gute wie in den schon berichteten Fällen.

Wir haben während der doch schon relativ langen Zeit des Diogenalgebrauches bisher keinerlei Nebenerscheinungen unwünschter Art gesehen. Wenn sich bei Steigerung der Dosis über 1,0 g bei empfindlicheren Individuen zuweilen ein leichtes Gefühl von Benommenheit einstellte, so war es bei entsprechender geringerer Dosierung doch nicht vorhanden, ohne daß der sedative Effekt ausgeblieben wäre. Ähnlich verhält es sich mit der in einzelnen Fällen nach relativ zu großen Dosen beobachteten hypnotischen Wirkung, die, wenn sie auch in dem betr. Falle nicht beabsichtigt war, so doch keine eigentliche unangenehme Nebenwirkung darstellt. Übrigens kam es in den meisten Fällen auch bei höheren Dosen nicht zu einer hypnotischen Wirkung des Mittels. Nur einmal klagte eine Patientin nach mehreren Gaben des D. über Druck usw. im Magen. Da diese Kranke aber gegen alle Mittel überempfindlich war und sonst keine Beschwerden geäußert wurden, so ist dieser einzelne Fall wohl nicht von Bedeutung. Wesentliche Änderungen an Puls, Blutdruck usw. oder eine Einwirkung auf die Niere, Ausschläge oder ähnliches haben wir nicht

beobachtet. Naturgemäß richteten wir unser Augenmerk auf die bei den Komponenten des D., dem Veronal und dem Brom, bekannten „Intoxikations"-Erscheinungen, ohne aber auf solche zu stossen.

Eine Prüfung der Diogenalwirkung bei Epileptikern dürfte wohl angezeigt sein. Wir hatten kein genügend großes Material dazu.

Wir fassen zusammen:

Diogenal ist ein sehr wirksames **Sedativum** ohne praktisch brauchbare hypnotische Wirkung. Auch in größeren Gaben (bis 2,0 pro dosi, 4,0 pro die) scheint es keine schädigenden Wirkungen zu haben. Es ist nicht nur bei leichteren Unruhezuständen und dergl. (Dosen von durchschnittlich dreimal 0,5), sondern auch zur Herabsetzung schwerer Erregungen geeignet (dreimal 1,0 g). Bei manchen Formen neurasthenischer Mißempfindungen, Unruhe- und Angstzuständen, sowie bei zyklothymen Erregungen kann man mit D. eine fast spezifisch scheinende Wirkung erzielen, die das Mittel zu einer praktisch wertvollen Bereicherung unseres Arzneischatzes macht.

Die Haftpflicht der Landes-Heil- und Pflegeanstalten.

Vortrag, gehalten auf der dritten Hauptversammlung des Österreichischen psychiatrischen Verbandes in Görz, Oktober 1913.

Von Landesrat Dr. **Franz Hueber,** Wien.

(Schluß.)

Der Begriff Staatsbeamter umfaßt alle Organe, welche auf Grund ihrer Dienstvorschriften Agenden der Staatsverwaltung ausüben, insbesondere auch nach zahlreichen Judikaten die Organe der Gemeinden im übertragenen Wirkungskreise, nicht aber die Beamten der Selbstverwaltung im selbständigen Wirkungskreise. Sehr bestritten ist es, ob das Hofdekret vom 14. März 1806, Nr. 758 JGS., auch auf die Beamten der Selbstverwaltungskörper Anwendung findet, insofern sie im selbständigen Wirkungskreise dieser Selbstverwaltungskörper ihre Amtspflicht verletzt haben. In der letzten Zeit hat sich die Judikatur des Reichsgerichtes und des Verwaltungsgerichtshofes für die zivilrechtliche Haftung der Beamten der Selbstverwaltungskörper, insofern sie Agenden des selbständigen Wirkungskreises versehen, erklärt. Wie bereits oben erwähnt, sind die Grundsätze des öffentlichen Rechtes auch bei Landesbeamten nur dann in Anwendung zu bringen, wenn sie in Ausübung der ihnen anvertrauten öffentlichen Gewalt vorgegangen sind. Es entsteht nun die weitere Frage, ob das Amt der Ärzte und Beamten der öffentlichen Landes-Irrenanstalten unter jene Geschäfte des Staates subsumiert werden kann, welche das Land gewissermaßen im übertragenen Wirkungskreise für den Staat besorgt. Ich muß diese Textierung hier in Anwendung bringen, weil nach der Judikatur des obersten Gerichtshofes Gemeindebedienstete, falls sie Amtshandlungen im übertragenen Wirkungskreise, d. h. also Geschäfte des Staates besorgt haben, im Falle von Rechtsverletzungen zivilrechtlich nicht beklagt werden können. Zieht man in Rücksicht, daß nach dem Gesetze vom 30. 4. 1870, RGBl. Nr. 68, betr. die Grundlagen der Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes die Oberaufsicht über alle jene Anstalten zufolge § 2 P. b dieses Gesetzes der Staatsverwaltung obliegt; ferner daß die Leitung und Überwachung der Irrenanstalten zum Wirkungskreise des Ministeriums des Innern gehören; zieht man weiter in Betracht, daß ursprünglich die Irrenanstalten nicht Landes- sondern Staatsanstalten gewesen sind, so kann man zu dem Schlusse gelangen, daß die Angestellten der öffentlichen Landes-Irrenanstalten Geschäfte des Staates besorgen. Ferner gehören nach den Landesordnungen alle Anordnungen in Betreff der aus Landesmitteln dotierten Wohltätigkeitsanstalten, also auch der Irrenanstalten zum Wirkungskreise des Landtages. Die Irrenanstalten gehören demnach zu den öffentlich-rechtlichen Einrichtungen.

Ich muß mich also zu der Ansicht bekennen, daß die Geschäfte der Angestellten der Landes-Irrenanstalten zu jenen Agenden gehören, welche in Ausübung der den Landesbeamten anvertrauten öffentlichen Gewalt zu vollziehen sind, und zwar insbesondere mit Rücksicht auf den öffentlichen sanitären Charakter dieser Anstalten, und weil die Irrenanstalten tatsächlich einen Zweig des öffentlichen Sanitätsdienstes bilden. Bekennt man sich zu dieser Auffassung, dann sind in allen Fällen, da ein Landesbeamter bezw. ein Angestellter der Irrenanstalten durch eine in der Ausübung dieser seiner

Funktionen begangene rechtswidrige Handlung oder Unterlassung einer Partei Schaden verursacht, nicht die Grundsätze des Privatrechtes, sondern jene des öffentlichen Rechtes zur Anwendung zu bringen.

Diese meine Anschauung findet ihre Bestätigung in den Entscheidungsgründen des Obersten Gerichtshofes in der Klagesache Anna Szalkovits contra n.-ö. Landesausschuß (1911), in welchen es heißt: „Die n.-ö. Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Steinhof wird aus Gründen der öffentlichen Wohlfahrtspflege vom Lande Niederösterreich erhalten, ist also eine Einrichtung öffentlich rechtlicher Natur. Die Schadenshaftung des Landes für Verschulden des von ihm angestellten Pflegepersonales kann nicht ohne weiteres aus privatrechtlichen Normen beurteilt werden, weil der öffentlich-rechtliche Charakter der Einrichtung alle ihre Rechtsbeziehungen durchdringt und diese daher auch nur durch Vorschriften des öffentlichen Rechtes geregelt werden können. Es besteht keine Vorschrift des öffentliches Rechtes, welche das Land Niederösterreich in der angegebenen Richtung für haftbar erklären würde. Es ist daher schon aus diesem Grunde das Klagebegehren mit Recht abgewiesen worden."

Hervorgehoben muß werden, daß selbstverständlich Anstaltsbedienstete, selbst wenn man den öffentlich-rechtlichen Charakter in Anrechnung bringt, dann nach Privat-Schadenersatzrecht zu beurteilen sind, wenn sie in Ausübung ihres Dienstes Vergehungen außerhalb ihrer Machtbefugnisse begangen haben. Beispielsweise, wenn sie in Ausübung ihres Dienstes sich gegen das Strafgesetz vergangen haben. Ich habe schon vorher betont, daß das Land auf keinen Fall für die Handlungen seiner Vertreter herangezogen werden kann, da die juristische Person als solche unfähig ist, eine rechtswidrige Handlung zu begehen.

Ich gelange also zu nachstehendem Resümee: Das Land, die Irrenanstalten und die Angestellten derselben können wegen Amtshandlungen vor dem Zivilgerichte niemals belangt werden und sind daher nicht haftpflichtig, ausgenommen den Fall eines nach dem Strafgesetze zu ahnenden Verschuldens und ausgenommen den Fall eines Vertragsverhältnisses oder wenn es sich um eine wirtschaftliche Unternehmung handelt.

Es erübrigt mir am Schlusse nur noch anzuführen, wie diese Fragen in den Gesetzgebungen anderer Staaten gelöst erscheinen. In der jenseitigen Reichshälfte, also in Ungarn, bestimmt, wie Dr. Rucizka in seinem Werke ausführt, der Entwurf des bürgerl. Gesetzbuches im § 1105: „Der Beamte, welcher durch fahrlässige Verletzung seiner Amtspflicht Schaden verursacht, ist hierfür haftpflichtig." Der Richter ist nur dann haftpflichtig, wenn Absicht oder culpa lata vorliegt. Auch ein öffentlicher Beamter, wenn er nach Zweckmäßigkeitsrücksichten vorzugehen hatte, haftet nur unter den angegebenen zwei Vorbedingungen,

Der § 1790 macht das Ärar und öffentliche Körperschaften haftpflichtig, und zwar a) für den rechtswidrig zugefügten Schaden, verursacht von einem Beamten, der in seinem Wirkungskreise handelt, unter der Bedingung, daß der Beamte selbst aufzukommen hat. b) Ebenso haften die Munizipien und Gemeinden für den Schaden, den ihre Vertreter verursachen. c) In Grundbuchsachen und gerichtlichen Depositenangelegenheiten selbst dann, wenn der Beamte nicht aufzukommen hat. d) Schadenersatzpflicht tritt nicht ein, wenn der Schaden durch Appellation verhütet werden konnte und der Geschädigte fahrlässig nicht appelliert hat.

Das deutsche Recht über die Haftung für Beamte in Preußen und im Reiche (Preuß. Ges. vom 1. August 1909 und Reichsges. vom 22. Mai 1910) bestimmt folgendes: 1. Das preußische Gesetz im § 1 lautet: „Verletzt ein unmittelbarer Staatsbeamter in Ausübung der ihm anvertrauten öffentlichen Gewalt vorsätzlich oder fahrlässig die ihm einem dritten gegenüber obwaltende Amtspflicht, so trifft die im § 839 BGB. bestimmte Verantwortlichkeit an Stelle des Beamten den Staat. Ist die Verantwortlichkeit des Beamten deshalb ausgeschlossen, weil er den Schaden im Zustande der Bewußtlosigkeit oder in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit verursacht, so hat gleichwohl der Staat den Schaden zu ersetzen, wie wenn dem Beamten Fahrlässigkeit zur Last fiele, jedoch nur insoweit, als die Billigkeit die Schadloshaltung erfordert. Die Verantwortlichkeit des Staates ist ausgeschlossen bei Beamten, die ausschließlich auf den Bezug von Gebühren angewiesen sind, sowie bei solchen Amtshandlungen anderer Beamten, für welche die Beamten eine besondere Vergütung durch Gebühren von dem Beteiligten zu beziehen haben.

Der § 1 des Gesetzes über die Haftung des Reiches für seine Beamten vom 22. Mai 1910 lautet in seinen ersten zwei Absätzen vollständig gleich wie der eben zitierte Paragraph des preußischen Gesetzes.

Der 3. Absatz des Reichsgesetzes lautet: „Personen des Soldatenstandes mit Ausnahme derjenigen des kgl. bayerischen Kontingentes stehen im Sinne dieses Gesetzes den Reichsbeamten gleich. — Im § 3 des preuß. Ges. und im § 2 des Reichsge-

setzes wird der Rückgriff gegen den Beamten normiert, d. h. es wird das Recht des Staates festgesetzt, von dem Beamten Ersatz des Schadens zu verlangen.

Die schweizerische Bundesgesetzgebung kennt sowohl eine primäre als eine sekundäre Haftbarkeit des Staates für seine Beamten. Es kann keine Zivilklage gegen Beamte stattfinden, bevor ihre vorgesetzte Behörde ihre Verantwortlichkeit oder Nichtverantwortlichkeit erklärt hat. Die kantonale Gesetzgebung bestimmt auch in einer Reihe von Kantonen die Beamtenverantwortlichkeit, und zwar entweder unter ganzer oder teilweiser Haftbarkeit von Staat oder Gemeinde.

Nach englischem Rechte hat der Staat überhaupt keine Haftung, dagegen haftet der Beamte für alle seine in Ausübung seiner amtlichen Wirksamkeit begangenen Handlungen.

Ich bin jetzt am Schlusse meiner Ausführungen und kann nicht umhin zu bemerken, daß die Anschauung der modernen Literatur und der modernen Gesetzgebung dahin geht, den Staat und jede öffentliche Körperschaft für das Verschulden seiner Angestellten haftbar zu machen und dem Staate gegen die betreffenden Angestellten ein Regreßrecht einzuräumen. Es könnte wohl auch in Österreich zur Schaffung ähnlicher Gesetze kommen, weshalb es notwendig erscheint, daß sich die heutige Versammlung darüber ausspricht, wann und in welchen Fällen die Angestellten der Anstalten gegenüber ihrer vorgesetzten Behörde tatsächlich für einen Schaden verantwortlich erscheinen.

Als weitere Notwendigkeit ergibt sich insbesondere, den Umfang und die Art der Verantwortlichkeit der leitenden Ärzte und Beamten der Anstalten genauestens festzusetzen, da sonst die Möglichkeit einträte, die Leiter für alle Vergehen und Unterlassungen, die sich Angestellte der Anstalten zuschulden kommen lassen, zur Verantwortung zu ziehen.

Zur Irrenstatistik in England und Deutschland.

Von Medizinalrat Dr. **Alter**, Lindenhaus.

Die sehr interessanten Zahlen, die Horion[1]) aus der englischen Irrenstatistik mitgeteilt hat, ergeben im Vergleich mit der deutschen Statistik kein ganz richtiges Bild, wenn dazu lediglich die Ziffern einer Provinzialverwaltung benutzt werden. Sehr viel instruktiver ist ein Vergleich der englischen Zahlen mit den Ziffern, die aus der „Preußischen Statistik" nach den Ergebnissen der Volkszählung von 1910 berechnet werden können: der kurze Zeitraum, der diese Zählung von der Feststellung trennt, deren Ergebnisse Horion mitgeteilt hat, darf ohne großen Fehler vernachlässigt werden.

Preußen hatte am 5. Dezember 1910 unter 40 165 219 Einwohnern 160 001 Geisteskranke und Geistesschwache, von denen 92 064 in Anstalten untergebracht waren. In England waren am 1. Januar 1913 unter 36 919 393 Einwohnern 170 201 Geisteskranke und Geistesschwache vorhanden und davon 190575 in Anstaltspflege, — wenn man annimmt — was sicherlich statthaft ist — daß England mit seinen „insane" und „mental deficient" im wesentlichen dieselbe Bevölkerungsgruppe umfaßt, die Preußen unter „Geisteskranke und Geistesschwache" zählt.

Nach diesen Ziffern sind in Preußen unter 10 000 Einwohnern 39,84 Geisteskranke und Geistesschwache und 22,92 Anstaltinsassen; England zählt auf 10 000 Einwohner 46,10 Geisteskranke und Geistesschwache und 29,68 Anstaltspfleglinge: in Preußen waren 57,54%, in England 64,38% der geistig Abnormen in Anstaltspflege.

Der Unterschied dieser Zahlen ist bei weitem nicht so groß, wie ihn Horion aus seiner unzulänglichen Gegenüberstellung mutmaßt; er erscheint noch unbeträchtlicher, wenn man die Ergebnisse der Schweizer Zählung von 1902[2]) zum Vergleich heranzieht: sie ergab in den Kantonen Bern und Zürich auf 10 000 Einwohner 85 und 92 Geisteskranke und eine Forderung von 50 Anstaltsplätzen.

Immerhin rechtfertigt die Gegenüberstellung der preußischen und englischen Ziffern die Feststellung, daß die Bilanz der geistigen Gesundheit in Preußen günstiger steht als in England — wenn dabei nicht doch ein Trugschluß stattfindet.

Seine Vermutung erscheint sehr naheliegend, wenn man den geisteskranken Anteil der Bevölkerung nach den Geschlechtern auseinanderhält. Dann ergeben sich auf je 10 000 Einwohner an Geisteskranken[3])

in Preußen 20,91 Männer, 18,93 Frauen;
in England 21,41 Männer, 24,66 Frauen.

Der geringe Unterschied bei den Männern kann kaum irgendwie bewertet und gedeutet werden.

[1]) Psychiatrisch-Neurolog. Wochenschrift 1913/14 Nr. 43.

[2]) Kraepelin, Allgemeine Psychiatrie 1909 S. 13

[3]) und Geistesschwachen — hier wie im folgenden.

nachdem die englischen Zahlen zwei Jahre später erhoben sind als die preußischen: die ganze maßgebliche Differenz entsteht aus den sehr viel höheren Ziffern, mit denen die Frauen in England an der Geisteskrankheit teilnehmen; auf 100 geisteskranke Männer werden in Preußen 90,6 (in Anstalten 90,3!), in England 115,3 geisteskranke Frauen gezählt. An dieser überraschenden Erscheinung ist der unter den englischen Frauen weit verbreitete Alkoholmißbrauch sicherlich stark beteiligt: aber doch wohl hauptsächlich als Folge aus den eigentlich maßgeblichen Lebensverhältnissen; in England ist die absolute und relative Zahl der in der Industrie erwerbstätigen weiblichen Personen sehr viel größer als in Preußen. Man kann daraus vielleicht folgern, daß die industrielle Betätigung der Frau ihrer geistigen Gesundheit besonders abträglich ist; man wird aber auch berücksichtigen müssen, daß eben in den preußischen Ziffern eine ländliche und landwirtschaftlich tätige Bevölkerung sehr viel stärker geltend wird, und daß in einer solchen Bevölkerung immer ein großer Teil der geisteskranken und geistesschwachen weiblichen Personen für jede Zählung unzugänglich bleibt, weil er in den einfachen und unkomplizierten ländlichen Lebensverhältnissen selbst der nächsten Umgebung kaum auffällt. Die Beschränkung der Frau auf Haushalt, Hauswirtschaft und Feldarbeit schaltet die ganze große Reibungsfläche aus, die bei der industriell tätigen Bevölkerung durch das enge Gemeinschaftsleben gegeben ist und ungewöhnliche Geisteszustände leicht brüskiert und rasch offenbart. Ich halte es für sehr wahrscheinlich, daß dieser Unterschied der Lebensverhältnisse die Verschiedenheit in der geistigen Gesundheit der englischen und der preußischen Frauen sehr viel größer erscheinen läßt, als sie es wirklich ist.

Diese Verschiedenheit der Lebensverhältnisse muß auch zur Beurteilung der Zahlen über die Anstaltsfürsorge berücksichtigt werden: die preußische Anstaltsfürsorge dürfte trotz ihrer zahlenmäßigen Minderwertigkeit der englischen an Wirksamkeit nicht nachstehen, sondern sie übertreffen. Denn die von ihr in weit größerem Umfang mitbepflegten ländlichen Lebenskreise sind nach ihrer ganzen Lebenshaltung sehr viel eher in der Lage, ihre Geisteskranken in den günstigen Bedingungen einer zureichenden Familienpflege zurückzuhalten, als das eine städtisch-industrielle Bevölkerung zu tun vermag; sie ist ja in allen Möglichkeiten einer solchen Verpflegung, in der räumlichen Unterbringung, in der Beaufsichtigung und in der (kurativen!) Beschäftigung geisteskranker Familienmitglieder grundsätzlich und in hohem Grade beschränkt.

Mitteilungen.

— **Internationaler Kongreß für Neurologie, Psychiatrie und Psychologie,** Bern, 7. bis 12. September 1914. Vom holländischen Komitee, das mit so großem Erfolg den Kongreß in Amsterdam im Jahre 1907 vorbereitet und durchgeführt hat, ist die Schweizerische Neurologische Gesellschaft beauftragt worden, einen neuen Internationalen Kongreß für Neurologie, Psychiatrie und Psychologie zu organisieren.

Zusammen mit dem Verein Schweizerischer Irrenärzte hat die Schweizerische Neurologische Gesellschaft diese Aufgabe übernommen. Vom 7. bis 12. September 1914 wird der Kongreß in Bern tagen.

Der Bundespräsident der Schweizerischen Eidgenossenschaft hat sich bereit erklärt, das Ehrenpräsidium des Kongresses zu übernehmen.

Die zunehmende Mannigfaltigkeit der Forschungen, die sich mit dem Nervensystem befassen, läßt uns die Organisation dieser wissenschaftlichen Vereinigung selbst so kurze Zeit nach den Kongressen von London und Gent mit guter Zuversicht auf Erfolg übernehmen. Wir hegen die Erwartung, daß der Kongreß von 1914 ein möglichst vollständiges Bild der Fortschritte bieten wird, die bis heute in der Erforschung des Nervensystems im weitesten Sinne des Wortes errungen worden sind.

So ist es wohl kaum nötig, auf die Wichtigkeit besonders hinzuweisen, welche in dem Arbeitsplan einer solchen Vereinigung den Fragen aus dem engern Gebiete der Psychiatrie zukommen müssen.

Wenn sodann im Programm des Berner Kongresses der Psychologie ein wesentlicher Platz eingeräumt wird, so geschieht dies aus der Überzeugung heraus, daß diese Wissenschaft, soweit sie sich auf experimentelle Forschung aufbaut, für das Verständnis der Psychopathologie unentbehrlich sei.

Andererseits haben wir auf eine Aufnahme der Probleme der Irrenfürsorge in unseren Arbeitsplan verzichtet, da diese mit mehr Erfolg an Sonderkongressen behandelt werden können.

Die bevorzugte geographische Lage von Bern wird, so hoffen wir, das ihrige zum Erfolg des Kongresses von 1914 beitragen.

Wir erlauben uns, Sie zur Teilnahme an diesem herzlich einzuladen.

Ehrenpräsident:
Der Bundespräsident der Schweizerischen Eidgenossenschaft.

Organisations-Komitee.

1. Dr. P. Dubois, Professor der Neuropathologie an der Universität Bern, Präsident. — 2. Dr. P. L. Ladame, Vizepräsident der Schweizerischen Neurologi-

schen Gesellschaft, Genf, Vizepräsident. — 3. Dr. C. von Monakow, Professor der Neurologie an der Universität Zürich, Vizepräsident. — 4. Dr. Robert Bing, Privatdozent der Neurologie an der Universität Basel. — 5. Dr. Ch. Bach, Direktor der Heilanstalt für weibliche Gemütskranke „Sonnenhalde", Basel-Riehen. — 6. Dr. Ed. Claparède, Professor der Psychologie an der Universität Genf. — 7. Dr. F. B. Riklin, Präsident des Vereines Schweizerischer Irrenärzte, Zürich. — 8. Dr. Rob. Walker, Privatdozent der Psychiatrie an der Universität Bern. — 9. Dr. L. Schnyder, Privatdozent der Neurologie an der Universität Bern, Generalsekretär. — 10. Dr. O. Veraguth, Privatdozent der Neurologie an der Universität Zürich, Generalsekretär. — 11. Dr. B. Manzoni, Direktor der kantonalen Irrenanstalt in Mendrisio, Generalsekretär.

Kongreßreglement.

I. Der Kongreß findet vom 7. bis 12. September 1914 in Bern statt. Die Sektionssitzungen werden im Universitätsgebäude abgehalten. Während der Dauer des Kongresses hat das Sekretariat seinen Sitz in einem der Säle der Universität. Bis zur Eröffnung des Kongresses lautet die Adresse des Sekretariates: 31 Monbijoustraße, Bern.

II. Die fremden Regierungen werden von der Versammlung des Kongresses benachrichtigt und zur Vertretung an diesem eingeladen.

III. Kongreßmitglied kann jeder Arzt oder Gelehrte werden, welcher sich für die Probleme der Neurologie, Psychiatrie oder Psychologie interessiert.

IV. Der Kongreß wird in drei Sektionen abgehalten: 1. Sektion für Neurologie. 2. Sektion für Psychiatrie. 3. Sektion für Psychologie. — Die Kongreßmitglieder sind gebeten, bei der Einsendung ihrer Anmeldung an das Sekretariat die Sektion anzugeben, welcher sie anzugehören wünschen.

V. Der Mitgliederbeitrag beträgt 25 Franken für die ordentlichen Mitglieder und 12 Franken 50 Rappen für die außerordentlichen Mitglieder. (Damen und Kinder der Kongreßteilnehmer).

VI. Die Unterzeichner eines Anmeldescheines erhalten nach Bezahlung ihres Beitrages im Sekretariat eine Ausweiskarte, welche zu folgendem berechtigt: 1. Teilnahme an allen Verhandlungen des Kongresses. 2. Teilnahme an den den Kongreßmitgliedern dargebotenen Festveranstaltungen, mit Ausnahme derjenigen, für welche ein besonderer Beitrag erhoben werden muß (Ausflüge). 3. Bezug eines Exemplares der Sitzungsberichte des Kongresses. 4. Genuß aller den Kongreßteilnehmern dargebotenen Vergünstigungen (Landesausstellung usw.).

VII. Die offiziellen Sprachen für die Verhandlungen des Kongresses sind: Deutsch, Englisch, Französisch, Italienisch.

VIII. Die Sitzungen der Sektionen werden nicht durch Ehrenpräsidenten, sondern durch ihren eigenen Vorstand, der vom Organisationskomitee ernannt ist, geleitet.

IX. Außer den Sektionssitzungen werden drei oder vier allgemeine Sitzungen unter der Leitung des Kongreßpräsidenten abgehalten.

X. Der Vorsitzende der Sektionen bestimmt die Geschäftsordnung. Diese wird täglich durch das Kongreßtageblatt den Kongreßmitgliedern mitgeteilt.

XI. In den Sektionssitzungen werden zuerst die Referate vorgetragen und behandelt, sodann die Original-Mitteilungen.

XII. Die längste zulässige Dauer eines mündlichen Referates ist 30 Minuten. Das gedruckte Referat kann länger sein und einem Vortrage von einer Stunde entsprechen. — Die Manuskripte müssen (wenn möglich Maschinenschrift) vor dem 15. Juli 1914, dem einen Generalsekretär des Kongresses, Herrn Dr. Schnyder in Bern zugesandt werden. — Zu gleicher Zeit sind die Autoren ersucht, eine genaue Zusammenfassung ihres Referates von der Ausdehnung einer Druckseite (Großoktav, maximum 40 Druckzeilen) einzusenden. Die Analysen werden, in die vier Sprachen des Kongresses übersetzt, im Kongreßtageblatt erscheinen.

XIII. Die längst zulässige Dauer einer Original-Mitteilung ist 15 Minuten. Die Autoren sind ebenfalls gebeten, vor dem 15. Juli 1914 dem Generalsekretariat das Manuskript ihrer Mitteilung, in möglichst gedrängter Form, zuzustellen.

XIV. Teilnehmer an der Diskussion haben das Recht auf 5 bis höchstens 10 Minuten Sprechzeit und erhalten das Wort zum gleichen Gegenstande nur einmal. — Ein optisches Zeichen auf der Tribüne mahnt den Redner, daß er nur noch 5 Minuten zur Verfügung habe. Die Wiederholung des gleichen Zeichens heißt, daß er seine Rede schließen muß.

XV. Wer an der Diskussion teilnimmt, wird ersucht, innerhalb 24 Stunden dem Sekretär der Sektion die schriftliche Zusammenfassung seiner Rede zu übergeben. Andernfalls wird nur eine einfache Erwähnung in den Sitzungsbericht eingefügt werden.

XVI. Wenn die Tagesordnung einer Sitzung nicht zu Ende geführt werden kann, wird die Fortsetzung auf den nächsten Tag verschoben, es sei denn, daß der Vorstand der Sektion anders beschließt.

XVII. Die Frage bezüglich der Aufeinanderfolge der internationalen Kongresse für Neurologie, Psychiatrie und Psychologie und bezüglich der Gründung einer internationalen Gesellschaft für Neurologie usw. werden im Verlaufe der Tagung durch hierfür ernannte Vertreter der verschiedenen Gesellschaften behandelt werden. Das Ergebnis dieser Beratungen wird den Kongreßmitgliedern in der Schlußsitzung mitgeteilt werden.

Liste der Referatthemata und der Referenten.

I. Neurologische Sektion.

1. Regeneration im Nervensystem. Prof. Dr. Alzheimer, Breslau. Prof. Dr. Ramon y Cajal, Madrid.
2. Aufbau der Reflexe im Rückenmark und im Hirnstamm. Prof. Dr. Sherrington, Oxford. Prof. Dr. Pierre Marie und Dr. Foix, Paris.
3. Entwicklung und Wachstum des Gehirns. Prof. Dr. Donaldson, Philadelphia. Prof. Dr. Edinger, Frankfurt a. M. Prof. Dr. Johnston, Minneapolis.

4. a) Tabes und Paralyse seit Entdeckung der Spirochäten. Prof. Dr. Ehrlich, Frankfurt a. M. Prof. Dr. Nageotte, Paris.
   b) Die Ehrlichschen Salze in der Behandlung der nervösen und geistigen Störungen der Syphilis. Dr. Crocq, Brüssel.
5. Aphasie und Agnosie. Prof. Dr. Mingazzini, Rom. P. D. Dr. v. Stauffenberg, München.
6. Organisation und Verlauf der akustischen Bahnen. Prof. Dr. Winkler, Amsterdam. Prof. Dr. Fuse, Niigata (Japan).
7. Pathologie des Vestibulapparates. P. D. Dr. Barany, Wien. 2. Referent noch unbestimmt.
8. Innere Sekretion und Nervensystem. Prof. Dr. A. Biedl, Wien. Prof. Dr. Laignel-Lavastine, Paris.
9. Les radiculites. Prof. Dr. Déjerine, Paris.
10. Formenreichtum der multiplen Sklerose. Prof. Dr. Oppenheim, Berlin.
11. Das Membranproblem in der Neurologie. Prof. Dr. Zangger, Zürich.

II. Psychiatrische Sektion.

1. Die Periodizität in der Psychopathologie. Dr. Weiler, München. 2. Referent noch unbestimmt.
2. Die Klassifikation in der Psychopathologie. Prof. Dr. Gaupp, Tübingen. Dr. Deny, Paris. Prof. Dr. Gilbert Ballet (Paris) wird die Diskussion eröffnen.
3. a) Gegenwärtiger Stand der Frage der dementia praecox. Prof. Dr. Dupré, Paris. P. D. Dr. Stransky, Wien.
   b) Demenz und Pseudo-Demenz. Prof. Dr. Tamburini, Rom.
4. Pathogenese und Behandlung der Phobien. Prof. Dr. Bechterew, St. Petersburg. P. Dr. Isserlin, München.
5. a) Die Rolle der Emotion in der Genese der Psychopathien. Prof. Dr. Lépine, Lyon.
   b) Die körperlichen Begleiterscheinungen psychischer Zustände. Prof. Dr. Hartmann, Graz.
6. Pathogenese und Ausgang der Schreckpsychosen. Prof. Dr. d'Abundo, Catania. 2. Referent noch unbestimmt.
7. Senile Geistesstörungen. Prof. Dr. Redlich, Wien. Dr. Anglade, Bordeaux.
8. Bedeutung der Abwehrfermente in der Pathologie. Prof. Dr. Abderhalden, Halle. Prof. Dr. Binswanger, Jena. Dr. Lampé, München.

III. Psychologische Sektion.

1. Die Heredität in der Psychologie. Prof. Dr. F. W. Mott, London. Dr. P. L. Ladame, Genf.
2. Die Erziehung junger Delinquenten. Prof. Dr. Ferrari, Imola-Bologna.
3. Die Psychologie in der Schule. Referenten noch unbestimmt.

4. Die biologischen Grundlagen der Psychologie. Prof. Dr. F l o u r n o y, Genf. 2. Referent noch unbestimmt.
5. Die Prüfzeichen der Intelligenz. Prof. Dr. Z i e h e n, Wiesbaden. Dr. S i m o n, St. Yon-Rouen. Frl. D e s c o e u d r e s, Genf.
6. Das Bewußtsein, das Unbewußte und die Aufmerksamkeit. Prof. Dr. M o r t o n - P r i n c e, Boston. Dr. Eug. R i g n a n o, Mailand.
7. Die Psychologie des Traumes. Prof. Dr. S a n t e d e S a n c t i s, Rom. P. D. Dr. J u n g, Zürich.

Ein nächstes Rundschreiben wird die den Kongreßteilnehmern angebotenen Fest- und Vergnügungs-Anlässe nennen und die Auskünfte über die Reise und Aufenthaltsbedingungen enthalten. Es sei daran erinnert, daß Bern im Jahre 1914 Sitz einer Schweizerischen Landesausstellung sein wird, die den Kongreßteilnehmern wesentliches Interesse bieten dürfte.

Anmeldungen von Kongreßmitgliedern können schon jetzt entgegengenommen werden. Man ist gebeten, sich des Anmeldescheines zu bedienen und diesen zusammen mit dem Mitgliederbeitrag an die Adresse des Herrn Dr. L. S c h n y d e r, 31 Monbijoustraße, Bern, zuhanden des Generalsekretariats, einzusenden.

Um eine Überfüllung des wissenschaftlichen Programmes zu verhindern, kann das Organisationskomitee nur eine beschränkte Anzahl von Originalmitteilungen zulassen. Infolgedessen sind die Kongreßmitglieder, welche eine solche vorzutragen gedenken, gebeten, den entsprechenden Titel vor dem 1. Juli 1914 dem Generalsekretariat mitzuteilen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 51. 21. März **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Theodor Kaes †. (S. 613.) — Die Verbrecherfrage und die Irrenfürsorge in Galizien. Von Dr. Jan Nelken, Kulparkow bei Lemberg. (S. 616.) — Mitteilungen (S. 621): Stuttgart. — Referate (S. 621.) — Personalnachrichten (S. 622).

Theodor Kaes †

Theodor Kaes beschloß sein stilles, entsagungsvolles Leben am 22. Dezember 1913. Er war geboren zu Amberg am 7. November 1852. Nach bescheidenen Jugendjahren hatte er in München Medizin studiert, daneben war er mit Begeisterung im Corps aktiv. Noch vor der Approbation wirkte er beim polizeiärztlichen Dienst mit; nachher trat er zunächst in die K. Kreisirrenanstalt zu Bayreuth, dann in die Privatanstalt von Dr. Falko zu St. Gilgenberg ein. Am 4. März 1884 wurde er 2. Assistent in Stephansfeld. Da er dort keine Aussicht hatte, über 1500 Mark Gehalt hinauszukommen, trat er Anfang 1890 in die Irrenanstalt Friedrichsberg ein. 1899 übernahm er die neu errichtete Stelle eines Prosektors, die lange Zeit die einzige in den deutschen Irrenanstalten war.



Er galt als eine etwas einspännerhafte Sonderlingsnatur, die Fernerstehende vielfach verkannten. Natürlich lag das nicht eben an den Folgen des Umgangs mit den psychisch Kranken, sondern er gehörte zu jenen grüblerischen, etwas zur Selbstbeobachtung veranlagten Naturen, die diese Neigung dazu führt, auch die Betrachtung und Erforschung anormaler Seelenzustände berufsmäßig zu betreiben. Seine altbayerische Eigenart trug gewiß dazu bei, ihn in seinem Auftreten oberflächlicher Beurteilung als wenig unterhaltend und urban erscheinen zu lassen. In seiner Anstaltstätigkeit hat er jedoch Treffliches geleistet, so während der Hamburger Cholera, die auch Friedrichsberg schwer betroffen hatte. Ferner hat er sich um die Ausdehnung der Bettbehandlung und der Schlundsondenernährung in Friedrichsberg verdient gemacht. Außer seiner Prosektur hatte er auch jeweils noch eine große Krankenabteilung zu versehen, die zeitweise 300 Insassen und 7 Gebäude um-

faßte. Bis 1909 mußte er diesen großen Anstaltsteil ganz selbständig versehen, erst dann konnte ihm ein Assistent zugeteilt werden.

Wohl hatte er, wie aus seinem Arbeitsverzeichnis hervorgeht, auch klinisch-wissenschaftliche Interessen; besonders zu beachten sind seine statistischen Untersuchungen. Das Wesentlichste seiner Wirksamkeit waren die histologischen Studien, in denen er trotz seiner Autodidaktik doch Erstaunliches leistete. Vor allem baute er die Methode der feineren Messung der Rindendicke, sowie die Zählung der Fasern und Zellen aus. Durch unermüdliche Einzelarbeit gewann er Aufschlüsse über den Faserreichtum des Hirns bei normalen Kindern, Erwachsenen und Greisen, bei Idioten, bei Mördern und anderen Verbrechern, sowie bei fremden Menschenrassen. Bekanntlich haben seine Untersuchungen die Kritik gereizt; in z. T. heftiger Weise wurde er angegriffen; manche Vorhalte waren derart, daß man kaum imstande ist, den Zwiespalt der Meinungen durch die Annahme irgendeines Irrtums zu überbrücken. Wahrscheinlich erklärt sich die Differenz zum Teil daraus, daß es Kaes möglich war, vor allem bei den psychotischen Fällen, sein Material besonders frisch zu erlangen. Unter persönlichen Opfern, auch pekuniärer Art, hatte er sein großes Werk herausgegeben. Dabei ist zu betonen, daß Kaes überhaupt nur unter großen Schwierigkeiten für die Prosektur auch die nötigen Räume und Hilfsmittel durchsetzen konnte. Damals war die Anstalt noch vorwiegend das Sammelbecken tief unsozial gewordener Geisteskranker, während Kaes unter mühsamen Verhältnissen doch die Grundlagen zu einem Forschungsinstitut gelegt hat.

In vorgerückten Jahren suchte er sich noch weiterzubilden, besuchte Fortbildungskurse und hervorragende Laboratorien; was er dort kennen und schätzen gelernt hatte, bemühte er sich in Friedrichsberg zu verwirklichen.

Wer außerdienstlich öfter mit ihm zusammentrat, merkte bald, wie unter der etwas bajuwarisch herben Außenseite ein trefflicher Kern verborgen war. Glühend liebte er die Musik und noch vor kurzen Jahren gab er den Anstaltskranken ein gehaltvolles Konzert am Flügel.

Tragisch berührt es, wie er wenige Tage, nachdem seine Prosektur in eine feste Beamtenstelle mit dem Rang der Oberärzte 2. Klasse umgewandelt worden war, auf der Reise schwer erkrankte und eine Apoplexie erlitt. Mühsam wurde er von Tirol über München nach Hamburg geschafft, wo er sich nur mäßig erholte. Sowohl im Laboratorium wie in der Krankenabteilung wurde ihm ein zuverlässiger jüngerer Arzt an die Seite gegeben, so daß irgendwelche Zwischenfälle nach Möglichkeit verhütet waren. Gewissermaßen in den Sielen, mitten in der Berufsarbeit ist Kaes bei der Morgenvisite von Herzlähmung betroffen worden. Wer ihn nur fernher und flüchtig kannte, möchte ihn leicht verkennen. Wer ihn aber kennen zu lernen suchte, mußte ihn hochschätzen, wie seine Kranken und das ihm untergeordnete Pflegepersonal, ebenso auch seine Mitarbeiter im Laboratorium. Sein Name sei unvergeßlich als der eines pflichtgetreuen Helfers der Kranken und eines begeisterten Mannes der Wissenschaft, dessen Laufbahn typisch ist für den bescheidenen und doch wissenschaftlich strebsamen Lebensgang vieler Irrenärzte älterer Generation! W. W.

Liste der Veröffentlichungen von Kaes.

1. Untersuchungen über Verwirrtheit. Jahrbücher der Hamburger Staatskrankenanstalten 1890 S. 657.
2. Die Anwendung der Wolterschen Methode auf die feineren Fasern der Hirnrinde. Neurolog. Zentralblatt 1891 Nr. 15.
3. Über den Faserreichtum der II. und III. Meynertschen Schicht sowie über vergleichende Messungen der gesamten Hirnrinde und deren einzelnen Schichten. Neurolog. Zentralblatt 1893 Nr. 4.
4. Beiträge zur Kenntnis des Reichtums der Großhirnrinde des Menschen an markhaltigen Nervenfasern. Archiv f. Psych. u. Nervenkrankheiten 1893 Bd. 25 Heft 3 S. 695.
5. Über die markhaltigen Nervenfasern in der

Großhirnrinde des Menschen. Neurolog. Zentralblatt 1894 Nr. 11.
6. Über den Markfasergehalt der Großhirnrinde eines 1 1/4 jährigen Kindes. Jahresbericht der Hamburger Staatskrankenanstalten 1893—1894 S. 606.
7. Beiträge zur Ätiologie der allgemeinen Paralyse nebst einleitenden allgemeinen statistischen Bemerkungen. Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie 1893 S. 614.
8. Statistische Betrachtung über die wichtigsten somatischen Anomalien bei allgemeiner Paralyse. Zeitschrift für Psychiatrie 1894 Bd. 51 S. 719.
9. Statistische Betrachtungen über Ausbruch, Verlauf, Dauer und Ausgang der allgemeinen Paralyse nebst eingehender Berücksichtigung der Befunde an der Leiche, namentlich an den Lungen, jedoch mit Ausschluß des Zentralnervensystems. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 51.
10. Statistische Zusammenstellung der mikroskopischen Veränderungen des Zentralnervensystems an der Leiche bei allgemeiner Paralyse. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 51.
11. Statistische Betrachtung über die Anomalien der psychischen Funktionen bei der allgemeinen Paralyse. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1897 Bd. 53 S. 79.
12. Über die Großhirnrindenmasse und über Anordnung der Markfasersysteme in der Rinde des Menschen, ein Beitrag zur Frage: Unterscheidet sich die Rinde des Kulturmenschen von der der niederen Rasse? Vortrag gehalten auf der Naturforscherversammlung in Lübeck 1895. Wiener med. Wochenschr. 1895 Bd. 45, Heft 41 u. 42.
13. Über den Markfasergehalt der Hirnrinde. Vortrag, gehalten im biologischen Verein zu Hamburg. Münch. med. Wochenschr. 1896 Jahrg. 43 Nr. 5 S. 101.
14. Beiträge zur Kenntnis des Markfasergehaltes der Großhirnrinde bei Idioten mit vergleichenden Rindenmessungen. Monatsschr. f. Psych. und Neurologie 1897 S. 307 u. 379.
15. Neuere Arbeiten zur pathologischen Anatomie der Idiotie. Monatsschr. f. Psych. und Neurologie 1897 S. 470.
16. Über den Markfasergehalt der Hirnrinde bei pathologischen Gehirnen. Deutsche medizinische Wochenschr. 1898 Nr. 10 u. 11.
17. Rindenbreite und Markfaserschwund bei allgemeiner Paralyse. Wiener med. Wochenschr. 1900 Nr. 24.
18. Zur pathologischen Anatomie der Dementia paralytica. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1902 Bd. 111 S. 181—205, 283—293, 384—393, 445—468; Bd. 12 S. 125—151, 213—230, 370 bis 404, 467—476.
19. Neue Beobachtungen bei der Weigertfärbung. Münch. med. Wochenschr. 1902 Nr. 22 S. 919.
20. Über Markfaserbefunde in der Hirnrinde bei Epileptikern, besonders in der äußeren (zonalen) Assoziationsschicht. Neurologisches Zentralblatt 1904 Nr. 11.
21. Die Rindenbreite als wesentlicher Faktor zur Beurteilung der Entwicklung des Gehirns und namentlich der Intelligenz. Neurolog. Zentralblatt 1905 Nr. 22.
22. Die Großhirnrinde des Menschen in ihren Maßen und ihrem Fasergehalt. Jena. Verlag von Gustav Fischer.
23. Über Rindenmessungen. Eine Erwiderung an Dr. K. Brodmann. Neurolog. Zentralblatt 1909 Nr. 4.
24. Replik. Neurolog. Zentralblatt 1909 Nr. 12.
Demonstrationsabend, 29. März 1909: Große Reihe von Zeichnungen von Gehirn- und Rückenmarkspräparaten. Jahrbuch der Hamburger Staatskrankenanstalten 1909 Bd. 14.
Demonstrationsabend, 6. Novbr. 1909: Bilder von mikroskopischen Präparaten nach der Weigertschen Methode. Jahrbuch der Hamburger Staatskrankenanstalten 1909 B. 14.
Demonstrationsabend, 26. Novbr. 1910: Tafeln, die das histologische Bild der Paralyse bei Vergrößerung mit Immersion darstellen. Jahrbuch der Hamburger Staatskrankenanstalten 1910 Bd. 15.
Ärztlicher Verein, November 1909: Ringartiger Fremdkörper an der Basis des Gehirns.

(Aus der galizischen Landesirrenanstalt Kulparkow b. Lemberg).

Die Verbrecherfrage und die Irrenfürsorge in Galizien. Ein Beitrag zu der Gefahr der Haftpflicht der Anstalten für Geisteskranke.

Vortrag, gehalten auf der dritten Hauptversammlung des Österreichischen psychiatrischen Verbandes in Görz, Oktober 1913.

Von Dr. **Jan Nelken.**

Zu dem Problem der Haftpflicht der Irrenanstalten steht in enger Beziehung die Frage der zweckmäßigen Unterbringung krimineller Geisteskranker. Je mehr eine nach den modernen Prinzipien des „no restraint" eingerichtete Anstalt gefährliche Kriminelle aufnimmt, desto weniger sind die Verhältnisse für die Rechtssicherheit innerhalb und außerhalb der Anstalt günstig.

Ich möchte Ihnen die Gefahr der Aufnahmepflicht krimineller Kranker und der daraus entstehenden Haftpflicht an dem Beispiel der galizischen Landesirrenanstalt in Kulparkow schildern.

Die Aufnahmepflicht der kriminellen Kranken besteht bei uns im ganzen Umfang, obgleich wir kein „festes Haus" und keine besonderen Einrichtungen für solche Kranke besitzen. Unsere Landesanstalt fungiert zurzeit, abgesehen von einer kleinen Spitalabteilung in Krakau, als einzige Aufnahmestelle für nichtkriminelle und kriminelle Geisteskranke.

Es sei mir zuerst erlaubt, in aller Kürze einige allgemeine Daten, welche die Irrenfürsorge in Galizien betreffen, wiederzugeben.

In bezug auf die Anstaltspflege befindet sich Galizien nach der letzten Statistik vom Jahre 1910 noch immer an der letzten Stelle zwischen den übrigen Kronländern des Reiches.

Aus der folgenden Tabelle ist das Verhältnis eines psychiatrischen Krankenbettes zu der Einwohnerzahl in den einzelnen Kronländern ersichtlich.

Tabelle I.

Verhältnis der Zahl der Krankenbetten in den Anstalten für psychisch Kranke zur Einwohnerzahl der einzelnen Kronländer Österreichs im Jahre 1910.[1])
1 psych. Bett kommt auf Seelen der Bevölkerung:

Salzburg	506
Niederösterreich	573
Kärnten	599
Steiermark	796
Mähren	936
Böhmen	1012
Tirol und Vorarlberg	1091
Oberösterreich	1207
Küstenland	1078
Schlesien	1081
Bukowina	1895
Krain	2489
Dalmatien	2792
Galizien	6494.

Während 1 psychiatrisches Bett in Salzburg, Kärnten und Niederösterreich auf zirka 500 bis 600, in Mähren auf 936, in Böhmen, Tirol und Oberösterreich auf 1000 bis 1200 Seelen der Bevölkerung entfällt, finden wir in der Rubrik Galizien die Zahl 6494. Sogar nach der Eröffnung der zweiten galizischen Landesanstalt in Kobierzyn bei Krakau wird sich das Verhältnis auf 1 : 4473 ändern, mit welcher Zahl sich Galizien noch immer im Schweife der übrigen Kronländer befindet.

Zurzeit ist das oben erwähnte Verhältnis fast zwölfmal ärger als in Niederösterreich und sechsmal schlimmer als in Böhmen. Mit ihren 9 Millionen Bevölkerung besitzt Galizien noch heute außer der im Bau befindlichen Anstalt in Kobierzyn nur eine einzige tätige Landesanstalt in Kulparkow und fast keine privaten oder speziellen Anstalten.

Selbstverständlich ist diese Anstalt in einer unglaublichen Weise überfüllt.

Die Tabelle II gibt uns in dieser Beziehung einige Zahlen:

Tabelle II.

Krankenbewegung in den Jahren 1907 bis 1912.

Jahr	Anzahl der Betten	Totalanzahl der Verpflegten	Tagesdurchschnitt
1907	1111	2685	1252,1
1908	1111	2722	1378,6
1909	1111	2838	1422,9
1910	1111	3010	1552,8
1911	1111	3330	1660,0
1912	1111	3333	über 1800,0

Im Jahre 1907 wurden auf 1111 Betten 1252 Kranke durchschnittlich täglich verpflegt; im Jahre

[1]) Österr. stat. Handb. herausg. v. d. Zentr. stat. Kommission 1911.

1911 beläuft sich der Tagesdurchschnitt auf 1660, im Jahre 1912 auf über 1880 bei derselben Anzahl der Betten. Der Krankenbestand am 1. Juli 1913 beträgt 1917 Kranke auf 1111 Betten. Alle Korridore sind mit Betten und Strohsäcken belegt; auf den unruhigen Abteilungen liegen je 2 oder 3 Patienten auf einem Bett oder Strohsack. Von einer rationellen Arbeitstherapie kann keine Rede sein.

Eine echte Heimsuchung der Anstalt bei einer solchen Überfüllung bilden die geisteskranken Verbrecher, welche uns, wie Sie sehen werden, die Gerichte reichlich zu liefern pflegen.

Meine Untersuchungen über die Kriminalität der Geisteskranken in Galizien ergaben auf Grund des Materials des letzten Dezenniums folgende Zahlen.

In den Jahren 1903 bis 1912 haben wir 522 Aufnahmen von kriminellen Kranken gehabt, welche 356 Patienten betreffen. Davon sind 262 einmal und 94 (d. h. 26,4%) zwei- bis siebzehnmal in der Anstalt interniert gewesen.

Die folgende Tabelle III zeigt Ihnen das Verhältnis des Bestandes der kriminellen Kranken zu den übrigen männlichen Patienten in der Jahresfolge.

Tabelle III.

Verhältnis der in den Jahren 1903 bis 1912 verpflegten kriminellen Geisteskranken zu der Gesamtzahl der männlichen Patienten.

Jahr	Stand der männlichen Geisteskranken	Aufnahmen der kriminellen Geisteskranken	Stand der kriminellen Geisteskranken	% der kriminellen Geisteskranken
1903	1124	31	85	7,4
1904	1223	44	109	8,9
1905	1259	34	107	8,4
1906	1300	41	117	9,0
1907	1512	45	128	8,4
1908	1557	45	125	8,0
1909	1617	62	154	9,4
1910	1718	47	164	9,5
1911	1940	65	177	9,1
1912	1904	54	199	10,4

Wenn die Anstalt im Jahre 1903 nur 83 kriminelle Kranke verpflegte, steigt diese Zahl im Jahre 1912 auf 200. Dazu entsprechend steigt auch die Prozentzahl der kriminellen Kranken von 7,4 auf 10,4%, das heißt, daß zurzeit 1 Verbrecher auf 9,6 der übrigen Insassen der Anstalt entfällt.

Es ist leicht verständlich, daß bei der unglaublichen Überfüllung der Anstalt kein rationelles Entlassungssystem durchführbar ist. Die Anstalt kann nicht alle gefährlichen Elemente beherbergen und die angeblich weniger gefährlichen müssen den mehr gefährlichen Platz machen.

Wenn wir die 4,3% Transferierungen und 20,7% Todesfälle abrechnen, dann bekommen wir im letzten Dezennium 114 Entweichungen (29%) und 187 Entlassungen der kriminellen Kranken mit oder ohne Revers. Die mehrfachen Entlassungen bilden dabei 42,5%.

Tabelle IV.

Bewegung der in den Jahren 1903 bis 1912 verpflegten kriminellen Geisteskranken.

Jahr	Stand am 1. Januar	Aufnahmen	Entlassungen	Entweichungen	Todesfälle	Transferierungen	Stand am 31. Dezember
1903	54	31	11	3	5	1	65
1904	65	44	22	2	11	1	73
1905	73	34	21	5	4	1	76
1906	76	41	13	6	12	3	83
1907	83	45	18	12	14	4	80
1908	80	45	17	9	5	2	92
1909	92	62	9	18	8	2	117
1910	117	47	21	24	7	—	112
1911	112	65	17	12	3	—	145
1912	145	54	38	23	5	3	130
1913	130	—	—	—	—	—	—

Die Landesanstalt in Kulparkow hat also im letzten Dezennium 300 mal der Gesellschaft kriminelle Kranke wiedergegeben, welche in der Mehrzahl der Fälle überhaupt die Anstalt hätten nicht verlassen sollen.

Die folgende Kasuistik umfaßt außer den traurigsten Anstaltsereignissen eine ganze Anzahl der wiederholt von den entlassenen Kranken begangenen Verbrechen. Es ist genug zu sagen, daß wir im Jahre 1912 zwei gelungene Attentate auf die Anstaltsärzte erlitten. Das dritte Attentat wurde glücklicherweise im letzten Moment aufgedeckt.

Kasuistik.

1. L. A., Mörder. Revers. Zweite Internierung nach einer Brandstiftung.
2. A. J. Viermal interniert. Hat vor der vierten

Internierung seinen Bruder und Nachbar ermordet.

3. P. A. Brandstiftungsversuch. Revers. Zum zweitenmal interniert nach Ermordung seines 3 jährigen Töchterchens und 7 jährigen Sohnes.
4. P. J., Mörder. Revers. Zum zweitenmal wegen eines Totschlagsversuchs interniert.
5. G. A., Mörder. Fünfmal entwichen. Beabsichtigt während der dritten Internierung eine Entweichung mit Totschlag eines Wärters. Während der fünften Internierung entdeckte man bei ihm einen Revolver.
6. B. W. Landstreicher. Entlassen. Vor der zweiten Internierung Notzucht- und Totschlagversuche. Entlassen. Ersticht seinen Bruder mit einem Messer. Interniert.
7. S. J. Anarchistische Attentate. Entwichen. Neues Attentat. Während des zweiten Aufenthaltes feuerte er zweimal gegen den Abteilungsarzt, hetzte beständig das Wartepersonal auf, organisierte ein neues Attentat. Eine Revision entdeckte bei ihm zwei geladene Revolver und 38 Patronen.
8. Z. O. Vor der ersten Internierung Messerattentat auf sein eigenes Kind. Viermal entlassen. Vor der fünften Internierung schlug er seine Frau tot.
9. K. F., Mörder. Viermal entwichen. Diebstahl in der Anstalt.
10. St. G. Landstreicherei, Raub. Fünfmal entwichen. Zum sechsten Mal wegen Diebstahl und Betruges interniert. In der Anstalt warf er sich mit einem Messer auf den Arzt, schlug einem Wärter mit einer Eisenstange auf den Kopf (traumatische Neurose!), versuchte einen anderen Wärter zu erwürgen.
11. P. C. Raub. Revers. Vor der zweiten Internierung verletzte er mit einem Messer einen Polizeiwachmeister.
12. U. St. Gewohnheitsbrandstifter. Fünfmal entwichen. In den Intervallen mehrere Brandstiftungen.
13. Tk. P. Brandstiftung. Zweimal entwichen. Diebstähle in der Anstalt.
14. St. R. Viermal interniert. Diebstähle in der Anstalt.
15. S. A., Brandstifter und Pferdedieb. Dreimal interniert.
16. P. K., Brandstifter. Während der dritten Internierung legte er Feuer an die Ökonomiegebäude der Anstalt. Vor der fünften Internierung Diebstahl
17. K. J. Sechsmal entwichen. In den Intervallen Brandstiftungen, öffentliche Gewalt, gefährliche Drohungen.
18. J. W., Gewohnheitsdieb. Zweimal entlassen. Zweimal entwichen. Während der fünften Aufnahme setzte er dem Dienstarzt 7 Kopfwunden mit einem Messer. Demoliert und droht.
19. F. H., Brandstifter, Dieb, Mörder. Viermal entwichen.
20. St. St., Gewohnheitsdieb. Sechsmal entwichen.
21. B. J., Gewohnheitsdieb. Zweimal entwichen.
22. R. T. Brandstiftung, Diebstahl, öff. Gewalt. 16 mal entwichen. Während der 12. Internierung beabsichtigte er den Wärter totzuschlagen. Mehrere Diebstähle inner- und außerhalb der Anstalt.
23. S. T., Kirchendieb und Einbrecher. Viermal interniert. Mehrere Diebstähle.
24. L. T. Diebstähle, Religionsbeleidigung. Dreimal interniert.
25. S. M. Mehrfache Diebstähle. Sechsmal entwichen.
26. T. A. Diebstähle, Betrügereien, Schwindeleien. Stand im Verdacht der Verbreitung vergifteter Bonbons. Siebenmal interniert.
27. H. J. 25 mal vorbestraft. Zweimal in der Anstalt.
28. B. A. Der Spionage verdächtig. Vor der dritten Internierung Diebstahl.
29. R. J., Bettler. Vor der zweiten Internierung warf er sich mit erhobenem Stock auf den Wagen des Kaisers.
30. Sw. B., Landstreicher. Ermordete in der Anstalt einen anderen Kranken, indem er ihn mit einem geschärften Löffel in den Nacken schlug.

Ich kann es nicht unterlassen, die höchst demoralisierende Wirkung eines solchen modus vivendi zu betonen.

Bei uns in Galizien wird es nämlich bald für asoziale Elemente eine Karriere bilden, geisteskranker Verbrecher, im besonderen ein Grenzzustand zu werden. Die Gerichte waschen sich beim Urteil die Hände, die Strafanstalten sind für einen solchen Menschen verschlossen und aus der Irrenanstalt wird er infolge von Platzmangel entlassen, wenn er sich nicht die Mühe geben will, zu entweichen. Dann ist er wieder freier Bürger und führt seine verbrecherische Laufbahn weiter.

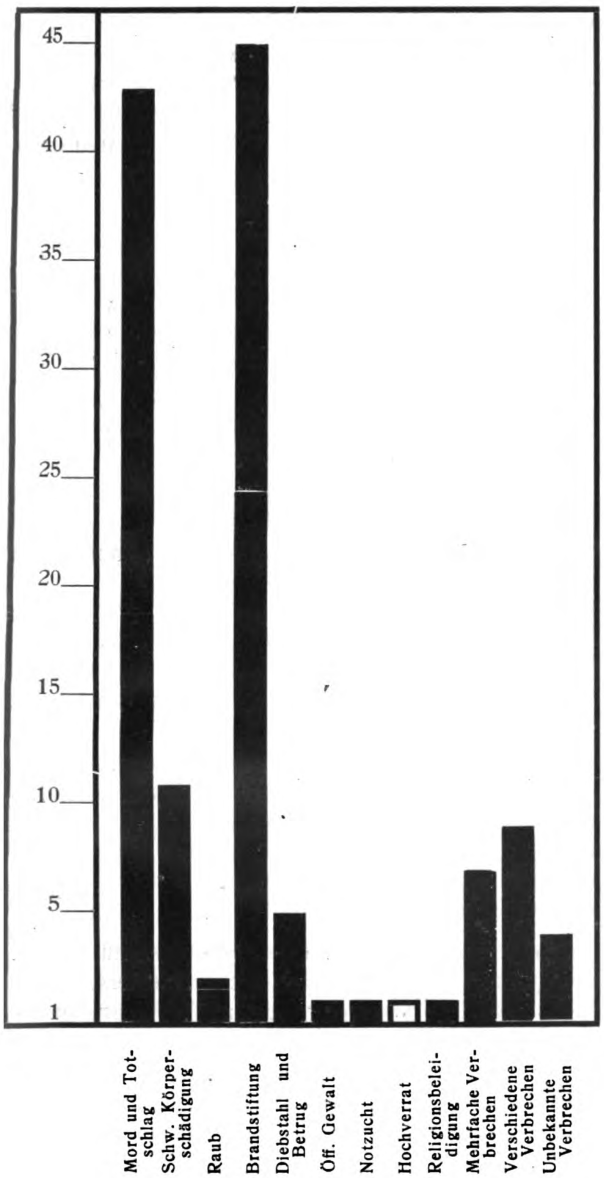
Obgleich wir mit schwerem Herzen mit den Entlassungen so frei verfahren, so bleibt uns doch die schönste Auswahl in der Anstalt und vermehrt sich von Jahr zu Jahr.

Die Tabelle V stellt diese Auswahl graphisch dar. Auf die 130 am 31. Dezember 1912 in der An-

stalt verpflegten Kriminellen fallen 100 Mörder und Brandstifter, also nicht weniger als 77%.

Tabelle V.

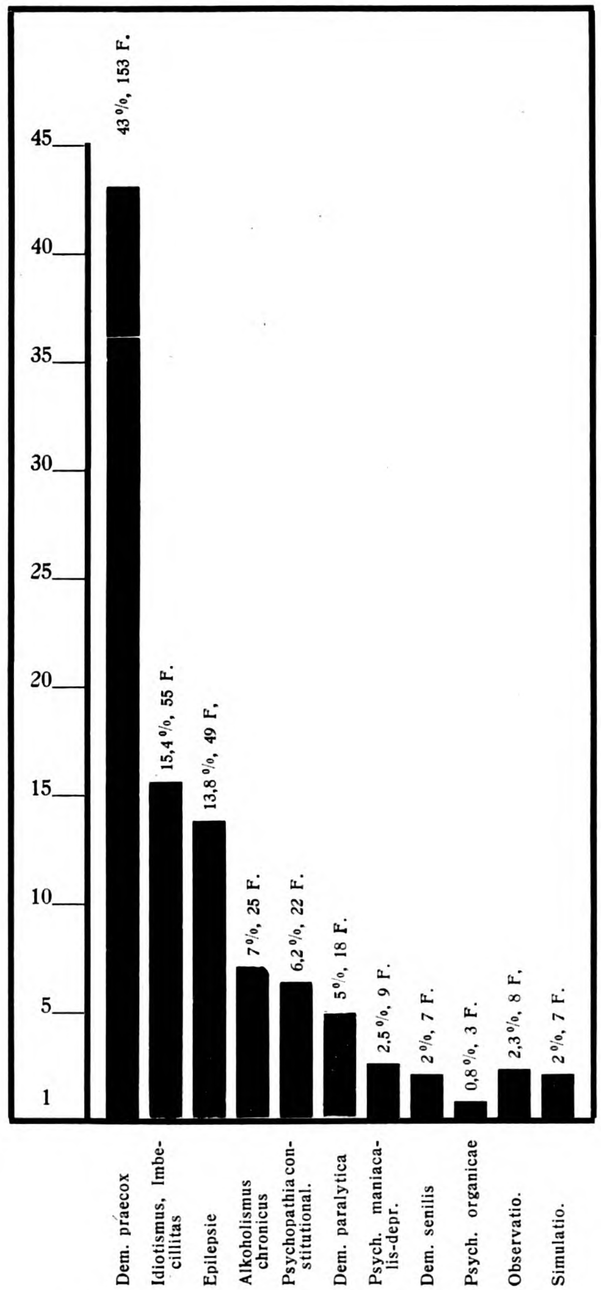
Verteilung der am 31. Dezember 1912 verpflegten geisteskranken Kriminellen nach der Art des Verbrechens.



Schließlich zeigt Tabelle VI die graphische Verteilung unserer Kriminellen nach Diagnosen in Prozenten. Die Dementia praecox, der angeborene Schwachsinn und die Epilepsie geben die höchsten Zahlen.

Tabelle VI.

Verteilung der in den Jahren 1903 bis 1912 verpflegten geisteskranken Kriminellen nach Diagnosen in Prozenten.



Außerhalb der Anstaltspflege existiert eine Organisation der Irrenpflege in den Gemeinden Galiziens überhaupt nicht. Das Los der Geisteskranken in den Gemeinden vor der Einlieferung in die Anstalt ist traurig. Wir sind gezwungen gewesen, in un-

seren Krankengeschichten eine spezielle Rubrik für die körperlichen Schädigungen einzuführen, welche bei der Aufnahme fast immer ausgefüllt ist.

Das wichtigste aber ist, daß die Gemeinden für die frühzeitige Internierung eines Geistesgestörten gar nicht sorgen und ihn öfters solange behalten, bis ein Unglück geschieht. Daher wird in Galizien, wo die Kriminalität an und für sich ziemlich hoch ist, die Anzahl der kriminellen Geisteskranken immer größer.

Die Herren Direktor Sickinger und Landesrat Hueber[2]) haben hinreichend nachgewiesen, daß die Haftpflicht der Anstalten für Geisteskranke weder vom psychiatrischen noch vom juristischen Standpunkt haltbar ist. Ich glaube, daß die wenigen statistischen Daten und die Kasuistik, die ich vorgeführt habe, die Gefahr der Haftpflicht in jedem Lande mit mangelhafter Irrenfürsorge und nicht geregelter Verbrecherfrage genügend schildern. Die Hebung der allgemeinen Irrenpflege und eine möglichst rasche Errichtung einer staatlichen Anstalt für kriminelle Geisteskranke ist in Galizien mehr als irgendwo erforderlich.

Diskussion über die Vorträge über die Haftpflicht:

Dr. Hueber stellt den Antrag, die aus den Vorträgen sich ergebenden Leitsätze den Referaten beizusetzen.

Leitsätze Dr. Huebers:

1. Aus dem Referate Dr. Sickingers geht zufolge der Darstellung zahlreicher praktischer Fälle unzweifelhaft hervor, daß gegen die Landesausschüsse, die Irrenanstalten und deren Funktionäre Klagen auf Schadenersatz bei den Zivilgerichten eingebracht werden, obwohl die Zivilgerichte in den dargestellten Fällen, weil es sich hier um öffentlich-rechtliche Agenden und Verhältnisse handelt, nicht kompetent erscheinen.

2. Die Landesausschüsse, die Irrenanstalten und deren Funktionäre können, wenn es sich um Klagen wegen Schadenersatz handelt, insoferne dieselben ihre Amtswirksamkeit zum Gegenstande haben, vor den Zivilgerichten nicht belangt werden, weil es sich um öffentlich-rechtliche Institutionen und Agenden handelt, ausgenommen in dem Falle, wenn eine Vertragspflicht besteht, ferner wenn es sich um eine wirtschaftliche Unternehmung handelt oder wenn ein nach dem Strafgesetze zu ahndendes Vergehen der Funktionäre vorliegt.

[2]) Sickinger und Hueber. Die Haftpflicht der Anstalten für Geisteskranke. III. Jahresversammlung des psychiatrischen Verbandes in Görz.

Die Leitsätze und der Antrag Dr. Huebers wurden angenommen.

Dr. Schweighofer sagt, daß in den mühevollen Zusammenstellungen Dr. Sickingers gerade die Beispiele das Wichtigste und daß diese auch für die Landesausschüsse am wissenswertesten sind. Er frägt an, ob nicht eine Form gefunden werden könnte, in welcher sie den Landesausschüssen übermittelt werden können. Er hat den Eindruck gewonnen, daß diesen Fällen des Gesetzes keiner von uns entgehen könne, daß alles von der Einsicht der Beurteiler abhänge und daß keine Instruktion wirksam genug sei. Das Wirksamste sei das Auge des Direktors, daher dürfe man aber auch die Anstalten nur so groß machen, daß sie noch übersehen werden können. Die Haftpflicht sei eine Warnung vor den Riesenbetrieben.

Dr. Sickinger: Mit Rücksicht darauf, daß ich im Rahmen meines Vortrages nicht alle Beispiele anführen konnte, die ich zur Grundlage meiner Ausführungen genommen habe, begrüße ich die Anregung des Herrn Reg.-Rat Dr. Schweighofer, diese Beispiele gesammelt den kompetenten Behörden vorzulegen.

Mit Bezug auf die Notwendigkeit von Instruktionen auch in kleinen Anstalten möchte ich im Gegensatze zu Herrn Reg.-Rat Dr. Schweighofer doch darauf hinweisen, daß es Elemente gibt, denen man die eigene Auffassung des Dienstbetriebes nur an Hand von Instruktionen näherbringen kann, und daß in solchen Fällen das Vorhandensein von Instruktionen wohltätig empfunden wird.

Auf Grund meiner eigenen Erfahrungen muß ich es bestätigen, daß eine Übersicht des Anstaltsbetriebes über eine gewisse Grenze hinaus nicht möglich ist. Naturgemäß kommt in Betracht, ob es sich um Anstalten mit großer Krankenbewegung oder um solche mit stationärem Materiale handelt.

Dr. Starlinger ist auch der Meinung, daß die Haftpflichtfrage auf die Fachkreise beschränkt bleiben solle. Es werden nicht alle Vorträge in die Zeitung kommen. Der Anregung Schweighofers wegen der Größe der Anstalten soll in Form einer Entschließung nachgekommen werden. Wird angenommen.

Dr. Schweighofer beantragt zum Vortrage Nelken's über die Verbrecherplage in Kulparkow die Kollegen in Kulparkow zu bevollmächtigen, namens des psychiatrischen Verbandes an ihren Landesausschuß heranzutreten und ihn zu bitten, seine Aktion zur Entfernung der Verbrecher aus den galizischen Landesanstalten auch den anderen

Landesausschüssen mitzuteilen, und diese zu einem Kollektivschritte einzuladen.

Auch wünscht er, daß über diese unhaltbaren Zustände aufklärend an die Tagesblätter berichtet werde.

Dr. Hueber begrüßt den Vorschlag Dr. Schweighofers. Wenn die Landesausschüsse gemeinsam gegen die Verbrecherplage in den Anstalten vorgehen, werden sie durchdringen.

Dieser Schritt könne durch eine Eingabe oder durch eine gemeinsame Konferenz geschehen.

Der Vorschlag Dr. Schweighofers wird angenommen.

Der Vorsitzende schlägt vor, zuerst statt der vorgeschlagenen Petition in Eingaben vorstellig zu werden und die Konferenz erst anzuregen, wenn die Sache nicht vorwärts gehen sollte.

Da sich niemand mehr zum Worte meldet, wird die Diskussion geschlossen und der Vorsitzende drückt den Vortragenden den Dank aus.

Mitteilungen.

— **Stuttgart.** Die Strafkammer Stuttgart hat, wie die Frankfurter Zeitung (Abend-Ausgabe) 4. März 1914 mitteilt, die Beschlagnahme des Buches „Geld und Irrenhaus" von Paul Elmer, Berlin (siehe Referat in dieser Wochenschrift Nr. 47 S. 572), beschlossen, wegen dessen Generalmusikdirektor von Schillings Klage wegen Beleidigung erhoben hat. Auf Grund dieses Beschlusses hat die Polizeibehörde in Berlin den Rest des Buches, etwa 200 Exemplare (2300 waren unter Kreuzband versandt worden) und die Unterlagen für die in dem Buche enthaltenen Bilder beschlagnahmt.

Referate.

— Goldstein, Privatdozent Dr. Kurt, Königsberg: Die Halluzination, ihre Entstehung, ihre Ursachen und ihre Realität. Wiesbaden 1912, Verlag J. F. Bergmann.

Verf. kommt nach der Definition von Halluziation, Wahrnehmung und Erinnerungsbild zu der Annahme, daß erstere als subjektiver Vorgang sich nur durch die graduellen Unterschiede vom Erinnerungsbild unterscheide, von der Wahrnehmung aber objektiv durch das Fehlen der äußeren Ursache, subjektiv durch nichts. Er geht dann weiterhin auf die beiden letzteren als psychopathischen Parallelismus ein und streift Perzeptionszentren, Merksystem und Begriffsfeld und ihre Beziehungen, dabei folgernd, daß die Lebhaftigkeit der sinnlichen Residuen nur der Ausdruck der funktionellen Tätigkeit des Sinnenfeldes sei und daß sie durch die verstärkte Tätigkeit des Begriffsfeldes nicht erhöht, aber indirekt beeinflußt werden kann, da Ersparnis an Energie in diesem die Sinnesresiduen zu verstärkter Tätigkeit bringe.

Alle Halluzinationen (periphere, zentrifugale, perzeptionelle und reperzeptionelle) erklärt er als abnorm starke Erregung der sinnlichen Residuen, die durch Vergiftungen (Geisteskrankheiten) und etwaige Hilfsmomente hervorgerufen werden. In den Träumen sieht er durch Herabsetzung der Verstandesleistung (Schlaf) bedingte Halluzinationen.

Das Realitätsurteil der Halluzinationen hält er nicht für unbedingt erforderlich, während andererseits die Veränderungen der Bewußtseinstätigkeit mit ihren Folgen, den Störungen der Urteilsfähigkeit, Hauptursachen eines falschen Realitätsurteils seien. Bei Geisteskranken handle es sich dann um eine deliröse oder paranoische Veränderung, erstere sei eine assoziative Störung, letztere eine Einengung des Bewußtseins. Es müssen mithin psychische Abnormitäten vorliegen, wenn eine Halluzination für real gehalten wird, diese selbst ist an sich keine Geisteskrankheit, erst das falsche Realitätsurteil beweise eine solche. Lange-Waldheim.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Neustadt** (Holst.). Dr. Ostmann, bisher zweiter Hilfsarzt, wird erster Hilfsarzt. Dr. Straub am 27. Februar 1914 als zweiter Hilfsarzt eingetreten. Oberarzt Dr. Lütgerath, bisher Oberarzt an der Provinzial-Idioten-Anstalt in Schleswig, am 1. März 1914 hierher versetzt.

— **Kropp.** Dr. P. Roller, Chefarzt der Kropper Heil- und Wohltätigkeits-Anstalten, ist gestorben.

— **Landsberg a. W.** Direktor Dr. Riebeth wurde zum Direktor der neuen Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Görden bei Brandenburg ernannt, bisheriger Oberarzt Dr. Georg Marthen in Landsberg zum Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Landsberg.

Um gefällige Einsendung von Jahresberichten und Separatabdrucken an die Redaktion dieser Wochenschrift wird höflichst gebeten.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Stellengesuche.

An der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu **Leubus, Kr. Wohlau i. Schlesien** ist zum 1. April 1914 eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Anfangsgehalt außer völlig freier Station I. Klasse 1800 M, jährlich um 100 M steigend. Bei Bewährung nach drei Jahren lebenslängliche Anstellung als Abteilungsarzt mit einem Einkommen von 3000 bis 6600 bezw. 7200 M und Dienstwohnung mit freier Beheizung. Frühere ärztliche Dienstzeit kann angerechnet werden. Leubus hat Motorbootverbindung nach Maltsch, Bahn Wohlau-Leubus-Maltsch im Bau. Unverheiratete Bewerber wollen Meldungen an die Direktion richten.

Aufsichtspflegerin

gesucht. 720 M Anfangsgehalt, 1080 M Endgehalt (nach 12 Jahren). Vollständig freie Station III. Kl., abds. II. Kl. Eig. Zimmer, 18 Tage Urlaub, 5 Ausgangstage i. Mon., nach ½ Jahr pensionsberecht. Nur sehr gut qualifizierte Bewerberinnen mit mindest. 2jähr. Dienstzeit od. mit bes. Vorbildung wollen Bewerbungen mit Zeugnisabschr. einsenden an die

K. Direktion der Heil- u. Pflegeanstalt Erlangen.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 823.

Nr. 52. 28. März **1913/14.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3 gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Über den Ausfall der Wassermann-Reaktion bei Epileptikern. Von Dr. med. Petzsch, Neuruppin. (S. 623.) — Zur Abderhaldenschen Forschungsrichtung. Von Med.-Rat Dr. Alter, Lindenhaus. (S. 625.) — Über Sonderlinge und ihre psychiatrische Beurteilung. Von Med.-Rat Dr. Kreuser, Winnental. (S. 627.) — Mitteilungen (S. 633): Über den Nachweis von Abwehrfermenten im Urin. Wassermannsche Reaktion und Aminosäuren.

(Aus der Landes-Irren-Anstalt Neuruppin.)

Über den Ausfall der Wassermann-Reaktion bei Epileptikern.

Ein kasuistischer Beitrag zur Ätiologie der Epilepsie.

Von Dr. med. **Petzsch.**

Während es wohl keinem Zweifel unterliegt, daß der Alkoholismus in der Ätiologie der hereditären Epilepsie eine große Rolle spielt, indem durch ihn eine Keimschädigung der Frucht bedingt werden kann, welche für das spätere Entstehen einer Epilepsie von Bedeutung ist, gilt es noch immer als zweifelhaft, ob durch die Lues eine gleiche Schädigung der Keimanlage erfolgt, wie durch den Alkoholismus.

Strümpell ist der Ansicht, daß die echte Epilepsie in keinem Zusammenhange mit der Lues steht, Oppenheim dagegen hält es „nach zahlreichen Beobachtungen mit Fournier, Lancereaux, Trousseau nicht für zweifelhaft, daß auch die gewöhnliche Epilepsie eine Folge der erworbenen und ererbten Lues ist". Bratz und Lütt nehmen an, daß in etwa 4 bis 7% der von ihnen untersuchten Epileptiker hereditäre Lues nachzuweisen ist. Ungefähr zu dem gleichen Resultat kommt Kraepelin, der in seinen Fällen den Verdacht einer ererbten Lues in 4 bis 5% gefunden hat. Er weist besonders darauf hin, daß mit Hilfe der Wassermann-Reaktion bei Kranken und deren Angehörigen sich bestimmte Aufschlüsse finden lassen würden.

Dieser Hinweis auf die Wassermann-Reaktion veranlaßte mich, an 43 Epileptikern männlichen Geschlechts eine Lumbalpunktion und Blutentnahme vorzunehmen. Aus den für die Aufnahme der Kranken in die brandenburgischen Provinzialanstalten notwendigen ärztlichen Fragebogen ist nicht zu ersehen, ob Eltern oder sonstige Angehörige der von mir untersuchten Epileptiker an Lues gelitten haben. Klinische Zeichen einer hereditären oder erworbenen Lues fand ich bei den untersuchten Kranken nicht. Angehörige zu untersuchen, bin ich nicht in der Lage gewesen.

Die Lumbalpunktion führte ich nach dem Vorschlage von Léjars in sitzender Stellung des Patienten aus, nachdem die Einstichstelle mit Jodtinktur desinfiziert worden war. Irgendwelche Zwischenfälle ereigneten sich bei der Punktion nicht; es trat insbesondere niemals während der Punktion ein epileptischer Anfall auf. Ein einziger Patient bekam unmittelbar nach der Punktion einen Schwindelanfall. Der Tod eines Patienten, der neun Tage nach der Punktion erfolgte, steht mit dieser in keinem ursächlichen Zusammenhang. Patient starb an Herzschwäche infolge eines status epilepticus.

Von der Mehrzahl der Patienten wurde, abgesehen von dem Schmerze während der Durchstechung der Haut, die Punktion als schmerzlos empfunden. Nur drei klagten über teils ziehende, teils stechende Schmerzen zum rechten Bein hin. Zwei Patienten waren zu Beginn der Punktion derartig erregt, daß ich an dem festgesetzten Tage von der Lumbalpunktion Abstand nehmen mußte. Beide erhielten am nächsten Tage eine Stunde vor der Ausführung der Punktion subkutan je 0,01 Mor-

phium + 0,001 Hyoszin. Die Punktion und Blutentnahme ließ sich nun ohne störenden Zwischenfall ausführen.

Die Lumbalflüssigkeit wurde in trocken sterilisierte Gläschen aufgefangen. Die entnommene Menge betrug 6 bis 7 ccm Flüssigkeit und wurde in zwei Gläschen eingelassen, von denen das eine zur Anstellung der Goldsolreaktion diente. In einem Falle erhielt ich nur 0,5 ccm Lumbalflüssigkeit. Trotz Verschiebung der Nadel gelang es mir nicht, mehr zu erhalten. In einem anderen Falle war die Lumbalflüssigkeit sehr stark mit Blut gemischt, so daß ich ein zweites Röhrchen für die Goldsolreaktion nicht entnehmen konnte.

Von der Messung des Hirndrucks nahm ich wegen der sitzenden Stellung der Patienten Abstand.

Das Blut wurde in 41 Fällen aus einer oberflächlichen Vene der Ellenbogenbeuge des linken Arms entnommen, einmal aus der des rechten Armes und in einem Falle, bei dem sich infolge Fettleibigkeit des Patienten die Venen in der Ellenbogenbeuge beider Arme nicht deutlich abhoben, aus einer oberflächlichen Hautvene etwas oberhalb der Beugeseite des linken Handgelenkes. Die Einstichstellen wurden mit sterilem Tupfer und Heftpflaster bedeckt. Eine Nachblutung trat niemals auf, ebensowenig stellten sich Entzündungserscheinungen ein.

Während ich anfangs die Patienten, welche tagsüber ständig außer Bett waren, nach der Lumbalpunktion und Blutentnahme ruhig aufbleiben ließ, arbeitende Kranke aber für den Rest des Tages — die Untersuchung fand stets vormittags gegen 10 Uhr statt — sich von körperlicher Beschäftigung fernhalten ließ, ordnete ich später an, daß sämtliche Kranke nach der Punktion für 24 Stunden das Bett hüten mußten. Hierzu bewegte mich der Umstand, daß vier Kranke am Abend bezw. am Tage nach der Punktion über sehr heftige Kopfschmerzen, welche zum Nacken ausstrahlten, klagten. Einer hatte Erbrechen. Diese Symptome verschwanden schnell nach Verabreichung von dreimal 0,5 Phenazetin.

Auf die Häufigkeit und Heftigkeit der epileptischen Anfälle wurde durch die Lumbalpunktion kein Einfluß ausgeübt, trotzdem doch zweifellos eine Veränderung des Hirndrucks eingetreten sein mußte. Nach K o c h e r[1]) besteht bei der Epilepsie eine erhöhte Spannung des Liquor cerebrospinalis. Um diese Spannung zu beseitigen, hat K o c h e r die Hirnventrikeldrainage eingeführt. Da die Lumbalpunktion in meinen sämtlichen Fällen keinen Einfluß auf die Epilepsie ausgeübt hat, ist anzunehmen, daß die Herabsetzung des Hirndrucks infolge der geringen Entnahme der Lumbalflüssigkeit eine zu geringe gewesen ist.

Die Untersuchung der Lumbalflüssigkeit und des Blutes erfolgte in dem hiesigen Anstaltslaboratorium durch die Herren Dr. P a u l und Dr. F e h s e n f e l d.

In sämtlichen Fällen war das Resultat der Wassermann-Reaktion bei der Lumbalflüssigkeit völlig negativ. Die Lymphozyten waren in 42 Fällen nicht vermehrt, in einem Falle nur ganz gering vermehrt. In diesem Falle war das Blutserum völlig negativ, ebenso fielen die übrigen Reaktionen negativ aus. Nonne-Apelt blieb stets negativ. Die Goldsolreaktion[2]) war in 36 Fällen angedeutet, wobei ich aber bemerken will, daß bei den sehr zahlreichen Untersuchungen eine absolut negative Goldsolreaktion in dem hiesigen Laboratorium nicht gefunden worden ist. Von diesen Fällen waren vier, bei denen die Goldsolreaktion erst einige Tage nach der Lumbalpunktion angestellt wurde. Bei sechs Fällen fand sich eine schwach positive Reaktion; in einem dieser Fälle war in der untersuchten Lumbalflüssigkeit Blut beigemischt. Eine Reaktion ließ sich wegen zu geringer Flüssigkeitsmenge nicht anstellen. Infolge der Unsicherheit der Goldsolreaktion — absolut negative Resultate fanden sich hier nicht — will ich diese hier bei den Untersuchungen nicht in Betracht ziehen. E i c k e berichtet, daß bei seinen sechs untersuchten Epileptikern die Goldsolreaktion negativ ausgefallen ist.

Bei meinen 43 Fällen war die Wassermann-Reaktion im Blutserum einmal schwach positiv und einmal weder absolut negativ noch absolut positiv, also zweifelhaft, während bei allen anderen Fällen der Ausfall negativ war. Bei dem schwach positiven und dem zweifelhaften Fall waren sämtliche anderen Untersuchungen negativ. Klinische Anhaltspunkte für hereditäre bezw. erworbene Lues fanden sich bei den betreffenden Epileptikern nicht.

Dieser positive Ausfall der Wassermann-Reaktion bei dem Blutserum des einen Epileptikers ist m. E. nun nicht als beweisend dafür anzusehen, daß bei diesem Kranken ätiologisch Lues in Betracht zu ziehen ist, da ja sonst sämtliche Anhaltspunkte für das Vorhandensein dieser Krankheit fehlen, wie ich schon erwähnte, und da die Wassermann-Reaktion nicht ausschließlich nur bei Luikern vorkommt, während sie bei wirklichen Luikern nach M u l z e r in 90% positiv ausfällt. Auch bei Krank-

[1]) Zitiert nach T i l m a n n s.

[2]) Über diese Reaktion soll von anderer Seite eine Veröffentlichung erfolgen.

heiten, bei denen ätiologisch die Lues eine große Rolle spielt, wie z. B. bei der Paralysis, findet sich ein gleich hoher Prozentsatz positiver Wassermann-Reaktion.

Eicke fand bei seinen sechs Epileptikern negative Wassermann-Reaktion. Mir erscheint daher auf Grund des Ausfalles der Wassermann-Reaktion ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Lues und Epilepsie nicht zu bestehen.

Es ist möglich, daß systematische Untersuchungen bei allen Epileptikern ein anderes Resultat ergeben werden, als ich es gefunden habe, und daß dadurch die Frage eines ätiologischen Zusammenhanges zwischen Lues und Epilepsie endgültig gelöst wird.

Literatur:

Mulzer, Praktische Anleitung zur Syphilisdiagnose auf biologischem Wege.

Léjars, Technik dringlicher Operationen.

Strümpell, Therapie und Pathologie der inneren Krankheiten.

Tillmanns, Spezielle Chirurgie Bd. I.

Kraepelin, Psychiatrie Bd. III.

Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. V. Auflage.

Bratz und Lüth, Archiv für Psychiatrie Bd. XXXIII.

Eicke, Die Goldreaktion im Liquor cerebrospinalis. Münch. med. Woch. 1913 Nr. 49.

Zur Abderhaldenschen Forschungsrichtung.

Von Medizinalrat Dr. **Alter**, Lindenhaus bei Lemogo.

Die großen Interessen und die bemerkenswerten Ergebnisse, die das Dialysierverfahren in der Psychiatrie gefunden hat, haben seine Bedeutsamkeit nicht immer in den richtigen Voraussetzungen und in den zulässigen Möglichkeiten belassen: die Literatur enthält schon heute manchen zweifelhaften Bericht über Befunde und offenkundige Irrtümer in den Folgerungen — am meisten zu Ursache und Wirkung.

Irrtümer in den Tatsachen sind überall da zum mindesten möglich, wo Befunde ohne klinische Einzelheiten mitgeteilt und Ergebnisse verwertet werden, die nur durch die von Abderhalden vorgeschriebenen zwei Proben — Serum + Organ und Serum allein — gewonnen und gesichert sind. Die Kontrolle Organ + inaktives Serum muß bei psychiatrischen Untersuchungen unbedingt mit angestellt werden: sie dürfte gerade da oft überraschen. Es muß außerdem gefordert werden, daß die Reaktion bei allen zweifelhaften Ergebnissen unter Hülsenwechsel wiederholt wird — wenn sie nicht von vornherein doppelt angesetzt ist. Es erscheint mir sehr zweckmäßig, wenn man die Hülsen nummeriert und zu jeder Nummer ein Konto führt; am besten wäre es, wenn die Nummern gleich in der Fabrik eingepreßt würden. Denn die Hülsen bedeuten — wenn man sonst sauber und gewissenhaft arbeitet — die einzige Schwierigkeit des Verfahrens: die Biuretreaktion bleibt in ihrer Bewertung — auch in Abderhaldens eigenem Institut — immer zu einem Teil subjektive Divination. Und das ist für psychiatrische Zwecke besonders schlimm, weil da die Plus- und Plus-minus-Reaktionen in den Protokollen eine viel größere Rolle spielen, als bei der Schwangerschaft — und weil eben auch die Folgerungen auf diesem Gebiet in jeder Beziehung sehr viel weiter gehen.

Das kommt zum guten Teil davon her, daß man sich auch in der Psychiatrie auf den von Abderhalden gewählten Ausdruck der Abwehrfermente mit allen seinen Voraussetzungen und Konsequenzen festgelegt hat. Abderhalden ist zu diesem Ausdruck und zu seiner Anschauung von den Abwehrfermenten gelangt, weil er von der parenteralen Zufuhr körperfremder Substanzen ausgegangen ist, er hat ihn dann in einer glänzenden Argumentation auf die nach seiner Meinung gleichartigen endogenen Prozesse übertragen: aber er hat da doch wohl eine irrige Auffassung vertreten; die Verhältnisse dürften in Wirklichkeit einfacher liegen — und für die Folgerungen verwickelter.

Es besteht wenigstens für mich kein Zweifel, daß das, was nach Abderhalden auch in unserem Bereich Abwehrferment genannt wird, genetisch jenen provozierten Abwehrfermenten, die nach parenteraler Zufuhr artfremder Stoffe aus unbekannten Werkstätten (Leukozythen? Darmzellen? Organzellen?) ins Blut geworfen werden, durchaus nicht analog ist. Die Substanzen, die aus dem Serum Geisteskranker Hirnrinde abbauen, sind vielmehr produzierte Gruppen, nicht Abbauagenten, sondern Abbauprodukte, Zellabkömmlinge, die lediglich destruktive Vorgänge an Gehirnzellen oder eine Überhastung ihres Stoffwechsels offenbaren: ihre Nachweisbarkeit bedeutet nichts anderes, als daß die autolytischen Fermente, die einen integrierenden Teil des Zellorganismus bilden, aus ihrem Zellverbande herausgetreten und im Säftestrom frei wirksam geworden

sind. Eben infolge eines zur Unvollkommenheit überhasteten Stoffwechsels oder durch destruktive Prozesse.

Diese Deutung der für die Psychiatrie belangreichen „Abwehrfermente" erklärt zunächst ohne weiteres ihre strenge Spezifität: sie müssen spezifisch eingestellt sein und bleiben, weil sie ab origine den integrierenden Teil einer aufs äußerste ausdifferenzierten Zellkonstitution bedeuten und gebildet haben. Sie erklärt aber auch die progressive Tendenz der mit dem Auftreten jener „Fermente" verbundenen Krankheitsvorgänge: die Zytolysine müssen nach ihrer Natur und Art einen Circulus vitiosus begründen, wenn sie der Organismus nicht auszuschalten vermag.

Ich habe schon vor Jahren — und wohl als erster — aus theoretischen Erwägungen für die Katatonie, die Paralyse und die Epilepsie die Notwendigkeit zur Annahme solcher Vorgänge gefolgert;[1]) ich habe ihre Genese nach den Ehrlichschen Anschauungen abzuleiten gesucht und sie auch im Tierexperiment nachgewiesen: meine damaligen Befunde bedeuten in der heutigen Anschauung nichts anderes als die Übertragung und Wirkung enzephalolytischer Substanzen. Daß diese Substanzen — die sicherlich sehr hoch konstituierte Fermente bedeuten — jetzt dank dem Werk Abderhaldens aus der Unsicherheit einer schwach unterstützten Hypothese zu nachweisbaren Tatsachen geworden sind: das bedeutet einen gewaltigen Fortschritt, wenn es auch das Wesentliche nach wie vor im Unbekannten beläßt.

Denn unbekannt bleibt leider nach wie vor das Wichtigste: das eigentlich Ursächliche, die Wirkung, die jene fermentativen Komplexe aus den Zellen frei werden läßt, der Anlaß, der die Zellen zu einem überhasteten Stoffwechsel zwingt oder so destruiert, daß jene autolytischen Gruppen austreten können. Es ist nach unserer heutigen Kenntnis von der gesetzmäßigen Balance und Harmonie der Hormone (im weitesten Sinn) sehr verlockend, diese Wirkung — wie es geschehen ist — auf das Auftreten von aus anderen Organen stammenden autolytischen Gruppen, die das Dialysierverfahren bei den gleichen Kranken ergeben hat, zurückzuführen und z. B. bei der Schizophrenie die Abwehrfermente gegen Geschlechtsdrüsen, das heißt: die Cytolysine aus diesen Drüsen als die Agents provokateurs der Gehirnschädigung anzusehen. Aber diese Annahme ist sicherlich nicht richtig: neben vielem Anderen widerspricht ihr die aus der Theorie unerläßliche und praktisch nachweisbare Spezifität der Lysine. Es ist sehr viel wahrscheinlicher, daß das gleichzeitige Auftreten von Abwehrfermenten aus verschiedenen Organen — wo es nicht einen einfachen Zufall bedeutet — nur ein Syndrom aus gleicher Ursache darstellt, den Ausdruck einer Allgemeinerkrankung, die an verschiedenen Stellen zu für das einzelne Organ gleichwertigen Folgerungen angreift. Solche Erkrankungen können auch nach unserem heutigen Wissen nur so erklärt werden, wie ich das vor Jahren versucht habe: durch das Wirksamwerden zellschädlicher Einflüsse. Ich bin heute ebenso wie damals überzeugt, daß diese Einflüsse am häufigsten toxischer Natur sind und aus einer Symbiose mit pathogenen und für gewöhnlich nicht pathogenen Mikroorganismen erfolgen; tuberkulöse Erkrankungen — ihre Anfänge —, Invasionen von Pneumokokken, Eitererregern, Kolibazillen (besonders in die Harnwege!) bilden sicherlich sehr viel häufiger, als man gemeinhin annimmt, den Anlaß zu Geisteskrankheiten. In anderen Fällen müssen die Zellschädigungen als unmittelbare oder (durch toxisch wirkende Dysharmonie) mittelbare Folgen aus einer nachhaltigen Desequilibrierung des autonomen Nervensystems gedeutet werden: Schizophrenien aus Gemütserschütterung — und schließlich kann man sie auch in einigen Fällen rein mechanisch begreifen: es ist für manche Fälle von Epilepsie sehr wohl denkbar, daß da die rein anatomisch (Trauma, Entzündung) bedingte epileptotrophe Gehirnveränderung die eigentliche Krankheitsursache bedeutet und daß eine durch Affekte, intestinale Krisen oder Witterungseinflüsse bewirkte extreme Inanspruchnahme der im Gehirn gegebenen hämodynamischen Kompensationsmöglichkeiten rein physikalisch-mechanisch eine Zellschädigung in jenem besonders läsiblen Gebiet veranlaßt.

Das sind natürlich auch nur Hypothesen — die Abderhaldensche Forschungsrichtung übt mit ihren unbegrenzten Möglichkeiten in dieser Richtung eine unwiderstehliche Verführung aus —, aber sie haben doch die, wie ich meine, positive und praktisch nicht wertlose Grundlage, daß sie die unklaren „Abwehrfermente" zu genetisch klaren und in ihrer Bedeutsamkeit leicht zu übersehenden Zellprodukten fixieren.

Die große diagnostische Bedeutung, die diese Substanzen bereits erlangt haben, wird dadurch in keiner Weise gemindert — wenn es auch nach meiner Meinung verfrüht ist, aus einem nosologischen Syndrom wechselseitige Zusammenhänge, tiefere Beziehungen oder gar Krankheitsarten und Ausgangsmöglichkeiten zu folgern: man bedenke nur, wie verkehrt es wäre, wenn man aus den

[1]) Neurologisches Centralblatt 1903 Nr. 11; Berliner klin. Wochenschr. 1903 Nr. 47; Monatsschr. f. Psych. u. Neur. XVII Nr. 5.

Lungenkrankheiten, bei denen gleichzeitig ein Nierenleiden besteht, eine nosologische Einheit formen wollte!

Am wenigsten erscheint mir ein nosologischer Zusammenschluß da zulässig — d. h. vorläufig! —, wo Abwehrfermente gegen Schilddrüse — also: thyreogene Lysine — im Blut auftreten. Ihr Erscheinen bedeutet nach der uns wohlbekannten entgiftenden Aufgabe der Schilddrüse von vornherein lediglich den Ausdruck einer Mehrleistung in dieser Richtung: eine überhastende Hyperfunktion, zu der die Drüse durch die aus der jeweiligen Erkrankung gegebene Überhäufung des Stoffwechsels mit giftigen, abnormen oder irregulären Anteilen gezwungen ist. Bei einer solchen Überhastung müssen thyreogene Cytolysine in die Säfte gelangen. Dadurch wird unter Umständen wieder ein Circulus vitiosus entstehen, der die verschiedensten thyreotischen Zustände erklären kann; ich erinnere nur an das häufige Auftreten von Basedow-Erscheinungen bei beginnender Tuberkulose.

Am bedeutsamsten ist die von mir im Vorstehenden vertretene Anschauung in praktischer Beziehung: für die Möglichkeiten, die sie der Behandlung eröffnet. Ein drohender Circulus vitiosus kann vielleicht gehemmt oder gemildert werden, wenn man die Cytolysine durch parenterale Zufuhr desjenigen Organeiweiß abfängt, auf das sie eingestellt sind. Ich habe auch diese Möglichkeit bereits vor Jahren verfolgt[2]) und kann aus jenen Versuchen, die ich bisher aus Zeitmangel nicht habe fortsetzen können, immerhin einige interessante Ergebnisse berichten. Meine damaligen Versuche haben durchweg Zustände betroffen, die aussichtslos erschienen; ihr Fall 2 hat nach der Behandlung einen so kompetenten Beurteiler, wie Albert Neißer-Breslau zu der Anerkennung einer ganz erstaunlichen und unbegreiflichen Besserung veranlaßt; der Kranke hat weiter gedient und sogar noch geheiratet; er ist erst nach Jahren durch Selbstmord gestorben. Meine Fälle 3, 4 und 7 sind gesund geworden und gesund geblieben: ebenso Fall 6, den ich unlängst in leitender Stellung wiedergesehen habe. Vielleicht ist doch auf diesem Wege mehr zu erreichen, als ich selbst zu hoffen wagte.

[2]) Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. XVII Heft 5.

Über Sonderlinge und ihre psychiatrische Beurteilung.

Von Medizinalrat Dr. **Kreuser**, Winnental.

Nach einem Vortrag auf der 43. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte in Karlsruhe am 22. November 1913.

Pelmans wohl allgemein bekanntes Buch über die „psychischen Grenzzustände" enthält einen eigenen, wenn auch kurzen Abschnitt über „Sonderlinge und Narren". Im Jahrhundert der allgemeinen Wehrpflicht, beginnt derselbe, sei kein Raum mehr für Sonderlinge. Der Drill des Kasernenhofes sei ihrer Entwicklung nicht günstig. . . . Wer heutzutage auffalle, setze sich der Gefahr aus, für einen Narren angesehen und demgemäß behandelt zu werden. Darum suche man so wenig als möglich aus dem Rahmen des Gewöhnlichen herauszutreten, und bestrebe man sich, seine Absonderlichkeiten für sich zu behalten.

Schon dieser letzte Satz weist darauf hin, daß Absonderlichkeiten unserer Zeit keineswegs etwa ganz abhanden gekommen sein können. Eigentümlichkeiten und Sonderbestrebungen werden sich in kleinerem oder größerem Maßstabe immer wieder finden, und nie wird es wohl auch an Personen fehlen, bei denen sie unter Vernachlässigung praktischer Rücksichten sich so unliebsam vom Verhalten der Mitwelt abheben, daß ihre Träger als Sonderlinge auffallen. Den ausgleichenden Einflüssen der Jetztzeit steht auch ein oft recht ungestümes Verlangen nach einem „Sich-Ausleben-Lassen" des Individuums entgegen, das sich über manche bisher für unverrückbar gehaltene allgemeine Schranken kühn hinwegsetzt. Nur allzu leicht führt das zu mancherlei Auswüchsen wohl anderer Art und Richtung, als man sie zuvor beobachtet haben mochte, die aber nicht nur auffällig werden können, sondern recht oft geflissentlich auffällig zu werden suchen. Vermissen wird man daran vielleicht die naive Art der alten Originale, um so weniger dann aber in der Regel die Sucht verkennen, sich vorzudrängen; sehr gewöhnlich in der Weise, daß eine herrschende Mode auf eine Spitze getrieben wird, in der ein vielleicht ganz annehmbarer ursprünglicher Zweck vollständig verloren gegangen ist. Durch die Übertreibung will man den Anschein erwecken, als ob man an führender Stelle stände.

Moden treiben ihre wunderlichen Blüten, nicht nur in der Art sich zu kleiden, auch in der Kunst, dem Sport und in anderen Gebieten. Für Exzentrizitäten ist die Religion von jeher ein Tummelplatz gewesen und, was uns als Ärzte ganz unmittelbar

angeht, in Lebensregeln und Heilkunde schießen Sonderbestrebungen zu Zeiten wie Pilze aus dem Boden. In unserem naturwissenschaftlichen Zeitalter rühmen sie sich vorzugsweise einer „Rückkehr zur Natur". Meist besteht diese lediglich darin, daß alle naturwissenschaftliche Erkenntnis als Schulwissen stolz verschmäht wird, um rein subjektive Erfahrungen, vielleicht ausgeputzt mit einigen Bruchstücken mißverstandenen Halbwissens, als das Naturgemäße an die Stelle treten zu lassen. Alter Aberglauben schaut an allen Seiten dahinter hervor; aber je unklarer und mysteriöser ein solcher „Naturheilkundiger" auftritt, desto größer ist oft sein Zulauf; kaum jemand aus dem Kreise der Anhänger nimmt Anstoß an den kaum je fehlenden Absonderlichkeiten.

Ein pathologischer Beigeschmack, bemerkt Pelman treffend, haftet derartigen Sonderlingen fast immer an. Oft wird er recht aufdringlich durch selbstgefälliges Auftreten mit unerbetenen Belehrungen und herausforderndem, seltener drohendem Gebaren. Sehr gewöhnlich macht er sich geltend in großsprecherischer Verwerfung bewährter Einrichtungen, während jede etwaige Aufsicht über ihr Treiben oder gar eine Beschränkung desselben als engherziger Zopf, als Mißgunst und Brotneid entrüstet zurückgewiesen werden. Sind diese Leute doch fast ausnahmslos überzeugt davon, daß sie zu Wohltätern der Menschheit berufen sind; als Märtyrer ihrer Sache sich hinstellen zu können, kommt ihnen nicht ungelegen.

Der kritische Teil des Publikums pflegt seine ablehnende Haltung nicht eben sehr zartfühlend zum Ausdruck zu bringen. Hat man eine Zeitlang vielleicht seine Kurzweil gefunden an harmlosen Sonderlingen, so steht derber Spott oft recht nahe dabei, und wird ihr Treiben irgendwie lästig, so äußert man sich darüber in harten, verächtlichen Worten. Eine Geisteskrankheit anzunehmen, scheut man sich freilich in der Regel, weil die intellektuellen Fähigkeiten, wie auch die formale Ausdrucksweise gut erhalten zu sein pflegen, auch schwerere Affektstörungen zunächst nicht vorliegen, also alles zu fehlen scheint, was beim großen Publikum als Zeichen geistiger Störung gelten kann. So kommt es, daß solche Sonderlinge auch in den angesehensten Kreisen sich weitgehender Sympathie erfreuen, zumal wenn etwa an eine psychiatrische Fürsorge für sie gedacht werden will. Fühlt sich aber einer ihrer Gönner einmal nur im geringsten belästigt oder bedroht durch seinen Schützling, so kann sich seine Ansicht sehr rasch in eine gegenteilige verwandeln.

Dem gegenüber sichere Anhaltspunkte für die psychiatrische Beurteilung von Absonderlichkeiten bei den einzelnen Personen zu gewinnen, ist keineswegs ganz leicht. Unser lebhaftestes Interesse müssen sie immer erregen, auch wenn sie nur eine merkwürdige Begleiterscheinung sonst einwandfreier Geistesbeschaffenheit, ja hervorragender Begabung bilden. Doch sind dem Psychiater ja Persönlichkeitsstudien nach Maßgabe des eigenen Interesses nicht vergönnt; er muß sich vorsichtig hüten, ein solches zu zeigen an anderen Individuen, als sie ihm meist gegen ihren Willen zugeliefert werden. Anstaltsärzte werden sich mit Sonderlingen meist nur dann näher befassen können, wenn hierzu aus rechtlichen oder polizeilichen Gründen Anlaß gegeben wird. Dann freilich sollen sie, oft ohne ausreichende Kenntnis der Vorgeschichte so rasch als möglich in ihrer Geistesbeschaffenheit erfaßt werden; für jede etwa angezeigte Freiheitsbeschränkung soll alsbald auch eine gesetzliche Grundlage geschaffen sein.

Welche Verlegenheiten in zweifelhaften Fällen gelegentlich erwachsen können, lehrt die Erzählung eines erfahrenen Kollegen, dessen Anstalt kürzlich ein Mann polizeilich zugeliefert worden ist, weil er durch seine äußere Erscheinung, namentlich aber durch Barfußgehen in den Straßen einer Großstadt unliebsames Aufsehen erregt hatte. Nachdrücklich jedoch ruhig und besonnen verwahrte sich der so Eingebrachte dagegen, daß man ihn als Geisteskranken festhalten wolle. Außer in den Auffälligkeiten seiner äußeren Erscheinung habe er auch in der Tat nichts geboten, was in diesem Sinne etwa hätte gedeutet werden müssen. Die Freiheit, sich nach eigenem Gutdünken zu kleiden, habe er aber für sich in Anspruch genommen, solange als er damit gegen gesetzliche oder polizeiliche Verbote nicht verstoße, was ihm erst noch nachzuweisen wäre. Gesundheitliche Nachteile bringe ihm der Verzicht auf Fußbekleidung nicht; er fühle sich nur wohler dadurch; die Haut seiner Sohlen habe an Widerstandsfähigkeit gewonnen. Ihm solle man dartun, daß andere mit ihren Gewohnheiten besser fahren u. dgl. Und als ihm schließlich vorgehalten wurde, daß es doch wohl auch für ihn vorteilhafter sein dürfte, Aufsehen zu vermeiden, schilderte er freudig, wie ihm, seitdem er barfuß gehe, alle jungen Mädchen auf der Straße nachschauen. — Der Kollege strich die Segel und entließ den Sonderling, bei dem er eine Krankheitsdiagnose nicht zu stellen vermochte.

Ohne eine solche hat der Arzt keinen sicheren Boden für sein Handeln; nur der Laie darf sich mit dem krankhaften Beigeschmack begnügen. Sie zu gewinnen, muß aber besonders schwer werden bei

allen Grenzzuständen, mögen sie nun auf ursprünglicher Veranlagung beruhen, psychische Erkrankungen einleiten oder deren Endstadien darstellen, weil in allen diesen Fällen wesentliche Seiten der Geistestätigkeit gut entwickelt und erhalten sein können neben gewissen Auffälligkeiten des Verhaltens, die nicht notwendig krankhafter Natur zu sein brauchen. Nicht sowohl ausgeprägte Krankheitsbilder haben wir zu erwarten, als vielmehr Einzelpersönlichkeiten eigentümlicher Art, bei deren Beurteilung die subjektive Auffassung nicht so leicht ausgeschaltet werden kann, zumal da gerade ihre eigentümlichen Seiten zielbewußt entwickelt zu sein, allen Einwänden gegenüber zäh festgehalten und geschickt verteidigt zu werden pflegen. Hand in Hand damit geht meist ein recht ausgesprochenes Selbstgefühl mit hartnäckiger Rechthaberei und formaler Gewandheit, während die affektive Betonung sich mehr durch Zähigkeit als durch Heftigkeit auszeichnet und Eigenbeziehungen mehr in Vermutungen als in der unerschütterlichen Überzeugungstreue einer Paranoia zutage treten. Auch auf recht merkwürdige Persönlichkeiten wird man daher keineswegs immer die Ausnahmebestimmungen unserer Rechtsgesetze für Geisteskranke anwenden dürfen.

Dagegen mußte ich mich z. B. aussprechen in einem Falle, in dem neben recht temperamentvollen querulatorischen Neigungen namentlich ganz absonderliche Auffassungen des Eheverhältnisses Bedenken hinsichtlich der geistigen Gesundheit erregt hatten. Bei wechselvollen Lebensschicksalen war der Mann bis zum 40. Lebensjahre straffrei geblieben, dann aber rasch nacheinander in einige voneinander unabhängige Untersuchungen geraten, die zur Bestrafung, seiner Überzeugung nach größtenteils zu Unrecht, geführt hatten. Darüber auch in seinen wohl stets etwas phantastischen Hoffnungen auf Vermögenserwerb zurückgeworfen, war er auf den Gedanken gekommen, durch Heiratsspekulationen sich Reichtum zu erwerben. Obwohl er seiner heißgeliebten Frau nichts vorzuwerfen hatte, drang er auf Ehescheidung, indem er zu diesem Zwecke Ehebruch beging. Der Scheidung folgte die zweite Heirat auf dem Fuße, ohne daß er je in den Armen der Frau M. II Frau M. I hätte vergessen können. Nur mit ihrem Beibringen wollte er Geldgeschäfte machen; der Gewinn sollte zum Mittel dienen, um eine finanziell noch vorteilhaftere dritte Ehe einzugehen, wozu natürlich die zweite vorher zu lösen war, obwohl die zweite Frau stets rührend für ihn sorge. Gefühlsstumpf war er keineswegs, wie er denn auch zärtlich an seinen Kindern aus erster Ehe hing: eine Entführung derselben durch den eigenen Vater war Gegenstand der Anklage geworden, die ihn in meine Beobachtung brachte. Daneben hatte er als „wahrheitsliebender und idealisch rechtlich denkender Mann" den Gerichten allerlei vorzuwerfen und in seinem ganzen Gebaren theatralische Eigentümlichkeiten, aber doch keinerlei Erscheinungen krankhaft gestörter Geistestätigkeit, wie er das auch selbst in keiner Weise geltend machen wollte.

In anderen Fällen freilich entpuppen sich anscheinende bloße Sonderlinge früher oder später als Paranoiker mit phantastischen Wahnbildungen, sobald sich Anlaß zu eingehenderer Untersuchung darbietet. Ihre Absonderlichkeiten sind dann nur die ersten äußeren Erscheinungen einer Umbildung der ganzen Persönlichkeit gewesen, die sich in allmählicher Entwicklung und ohne allgemeine Schädigung der Verstandestätigkeit hinter augenfälligeren Eigentümlichkeiten verbergen. Erst retrospektiv offenbaren sie sich als Vorläufer bezw. Anfangserscheinungen der Krankheit. Nicht selten erhalten sie sich recht nachhaltig über Jahrzehnte, während andere Züge daneben kommen und wieder schwinden. Bisweilen erfolgt der Übergang in die ausgesprochene chronische Krankheit auch durch einen Anfall von akuter Verwirrtheit. — So war ein Arzt zu der Überzeugung gelangt gewesen, daß die Milchnahrung der ersten Lebensmonate auch dem erwachsenen Menschen Gesundheit und Sittenreinheit allein erhalten könne, hatte er sich deshalb ganz auf diese harmlose Lebensgewohnheit beschränkt. Eines Tages verriet er durch einen unvermuteten Angriff auf einen Posten den Beginn eines heftigen halluzinatorischen Erregungszustands. Nach dessen Ablauf trat eine chronische Paranoia unzweideutig zu Tage, in der er bis zu seinem Tode der Milchkost treu geblieben ist. — Ohne solche akute Phase hat sich eine chronische Paranoia ganz allmählich entwickelt bei einem Landwirt, bei dem sich die Auffälligkeit lange Zeit darauf beschränkt hatte, daß er seiner Lebensweise das rohe Hühnerei zugrunde legte, weil dieses ein „schlummernd lebendes Wesen" enthalte. — Nicht selten und allgemein bekannt sind die Fälle, in denen nach überstandener Psychose meist katatonischer Natur als fast einzige Defekte sonderbare Gewohnheiten zurückbleiben.

Einer klinischen Diagnostik meist leichter zugänglich, im praktischen Leben aber oft recht schwer faßbar sind die Sonderlinge in hypomanischen Phasen zirkulärer Geistesstörung. Während der Intervalle vielfach noch leistungsfähig im Berufe, während der Depression „nur gemütskrank", machen sie bei ihrer gesteigerten Regsamkeit mit

erhaltener äußerer Besonnenheit auf Laien nur selten den Eindruck, daß man es mit einem „Irrsinnigen" zu tun habe, selbst wenn ihr Tun und Treiben auffällig, ja anstößig erscheint. Die Eigentümlichkeit ihres Wesens räumt man wohl ein, Wahnsinn vermag man nicht darin zu erkennen, weil zahlreiche treffende Gedankengänge in durchaus zusammenhängender Weise und mit schwer zu widerlegender Begründung nicht nur erhalten sind, sondern den Absonderlichkeiten gegenüber sogar eine gewisse Herrschaft zu behaupten scheinen. Verläßlich ist aber diese Vorherrschaft kaum je, wie oft genug erst dann klar zutage tritt, wenn es sich um Willenskundgebungen von einschneidenderer Bedeutung handelt, die in unverkennbarem Widerspruche stehen mit den Grundsätzen, von denen die betreffenden Personen zu anderen Zeiten geleitet werden.

Als Beispiel für die verschiedene Beurteilung, die solche Personen gelegentlich finden, sei die Krankheitsgeschichte eines Mannes etwas ausführlicher mitgeteilt, der durch sein Äußeres auf der Durchreise in Mailand so aufgefallen war, daß er dem zuständigen deutschen Konsul daselbst als vermutlich Geisteskranker zugeführt worden ist. Der Konsul ließ ihn in seinem sonderbaren Aufzuge — bis auf die Schultern herabwallende Haare, langer Überzieher, keine Fußbekleidung, eine unverglaste Laterne in der Hand, eine gebrechliche 80 jährige Tante am Arme führend, gefolgt von einem Schäferhund — photographieren, hat aber den Eindruck eines Geisteskranken nicht von ihm gehabt, da er seine Gedanken in durchaus logischer und ruhiger Weise entwickelte. Er ließ ihn die Reise fortsetzen, als deren Ziel Jerusalem bezeichnet wurde, weil sich dort nach seiner Überzeugung in nicht zu ferner Zeit große Dinge abspielen werden. Durch Italien wollte er zu Fuß weiter ziehen, der Tante nötigen Falles einen Reitesel kaufen. Seine Art sich zu kleiden, entspreche seinem religiösen Empfinden. Auch weiterhin wiederholt angehalten, hat dieser Sonderling mehrfach Gelegenheit gehabt, seine religiösen Ansichten hervorragenden Personen zu entwickeln; seiner Versicherung nach sollen sie nur beifällig aufgenommen worden sein. Aus Messina mußte er den Seinigen in Deutschland telegraphieren, daß die Tante ziemlich plötzlich sanft entschlafen sei.

Zur Ordnung ihres Nachlasses sahen sich die Geschwister des Reiseführers veranlaßt, seine Entmündigung zu beantragen. Da dieser inzwischen nach Jerusalem gelangt war, gestaltete sich das Verfahren recht umständlich. Selbst hat er in längerem Schriftsatz formal korrekt sich gegen den gestellten Antrag verwahrt und seine geistige Gesundheit so nachdrücklich betont, daß auch ein heimischer Rechtsanwalt sich darauf stützen konnte, um geltend zu machen, daß es sich hier wohl um einen Sonderling handle, der sich seinen eigenen Weg durchs Leben suche, unbekümmert um das Urteil der Leute über seine Kleidung und seine Gewohnheiten, aber um einen Mann mit zielbewußtem, durchaus nicht krankem Willen, bei dem keine Gefahr vorliege, er werde durch unvernünftige, verschwenderische Maßnahmen sich und seine Familie der Verarmung aussetzen. In einem Schlußwort zur Klagebeantwortung waren wohl frühere Gemütsdepressionen zugegeben worden: Das Barfußgehen aber werde ein modern gebildeter Mensch niemals als Zeichen geistiger Minderwertigkeit ansehen und ebensowenig die teilweise Kopie eines griechischen Weisen. Als Abgesandter des Himmels habe er sich, ein moderner Diogenes, auf die Suche nach Menschen begeben. Seine Zurechnungsfähigkeit dürfe man darum so wenig in Zweifel ziehen, wie die derer, die zu hunderten bei brennenden Lichtern Heiligenbilder verehren. Auf Socken oder in Schuhen ziehe verhältnismäßig mehr Schlechtigkeit und Unverstand durch die Lande als barfuß. Wolle man ihm aber nahe legen, nach Ablegung gewisser Sonderbarkeiten auch auf die übrigen vollends zu verzichten, so glaube er, soviel abgelegt zu haben, als ein „anständiger" Mensch überhaupt ablegen könne. Nachdem er seine Haare geschoren habe, möge man ihn mit Prozessen ungeschoren lassen.

Die in Jerusalem vernommenen Zeugen gaben an, daß der zu Entmündigende (früher Theologe) erst sein Brod als Tagelöhner verdient habe bei 4 ½ Arbeitstagen in der Woche. Den Freitag Nachmittag habe er zu Waschungen vorbehalten, den Samstag zu Predigten an die Juden. Sonntags hätte er gearbeitet, wenn es nicht an Gelegenheit dazu gefehlt hätte. Nach einiger Zeit habe er dann Verwendung in einem kaufmännischen Betriebe gefunden, wo seine Zuverlässigkeit im Geschäft sehr anerkannt worden sei. Diesem Posten zu Liebe habe er sich in Haartracht und Kleidung dem allgemein Üblichen angepaßt und auf religiöse Beeinflussung anderer habe er verzichtet, nachdem er in der amerikanischen „Reorganisierten Kirche" seine Ideale echter ursprünglich christlicher Grundsätze verwirklicht gefunden habe. — Seine eigentümlichen religiösen Ansichten und was damit zusammenhing, gelten den Leuten dort als spleen, eine geistige Störung konnten auch Personen nicht finden, denen er zunächst als nicht ganz normal vorgekommen war und die ihn deshalb besonders beobachtet hatten. — Der als Sachverständiger zu den

Zeugenvernehmungen zugezogene deutsche Arzt hat ihn auf Grund wiederholter persönlicher Untersuchung für vollständig geistig normal, ja die früher von zwei deutschen Irrenärzten gestellte Diagnose einer zirkulären Geistesstörung für ausgeschlossen erklärt. Daran ändern seine eigenartigen Anschauungen in religiösen Dingen nichts; etwas Widersinniges sei darin nicht zu finden. Der Mann denke logisch richtig, berichtige etwaige Unrichtigkeiten sachgemäß und habe nie geistige Erkrankungserscheinungen erkennen lassen.

Bei dieser Sachlage hat das Gericht noch ein Gutachten von mir eingefordert, weil der Mann selbst und einige seiner nächsten Verwandten früher in meiner Behandlung gestanden hatten. Seinen Vater hatte ich als Psychopathen mit abnormer vita sexualis kennen gelernt; seine Mutter war zweimal, eine seiner Schwestern einmal mit psychischen Depressionszuständen in der Anstalt gewesen, eine zweite Schwester im Zustand hebephrenischer Verblödung gestorben. Ihn selbst hatte ich 1899/00 und 1902/03 an schweren Depressionszuständen zu behandeln gehabt, die mit ungewöhnlich gesteigertem Geschlechtstrieb verbunden gewesen waren. Unter dessen Zwang hatte er sich wiederholt nach Eingriffen in die väterliche Kasse von zu Hause entfernt, um sich in großen Städten Ausschweifungen hinzugeben, so lange das Geld reichte.

In der Kindheit körperlich und geistig gut entwickelt, hatte er das Gymnasium absolviert, als Einjähriger gedient und 6 Semester lang Theologie studiert, bis ihn steigende nervöse Beschwerden veranlaßten, zur Landwirtschaft überzugehen. Ihren körperlichen Anstrengungen nicht auf die Dauer gewachsen, verschaffte er sich kaufmännische Ausbildung. Wo immer er in Stellung war, haben seine Leistungen befriedigt; ihm selbst hat auf die Dauer keine derselben zugesagt. So ergriff er gerne und ohne alle Bedenken im 30. Lebensjahre ein vorteilhaftes Anerbieten, das ihm die Wiederaufnahme des theologischen Studiums ermöglichte. Nach Ablauf eines Semesters schon fühlte er sich, tief melancholisch, unfähig zu seiner Fortsetzung. Nachdem die Depression beim zweiten Anstaltsaufenthalt gehoben war, hatte er eine kaufmännische Stellung erhalten. Bald entlief er derselben in der Absicht, allen Abmahnungen trotzend, nach Südamerika auszuwandern. Über den Vorbereitungen dazu geriet er in neue Ausschweifungen und abermalige Depression, wegen deren er in die Bodelschwinghschen Anstalten verbracht werden mußte. Kaum dort entlassen, knüpfte er Beziehungen an zu einer um 10 Jahre älteren früheren Lehrerin, die diesen Beruf aufgegeben hatte, um sich Werken der Barmherzigkeit an verirrten Seelen zuzuwenden. Dabei spielte ein diätetisches Heilverfahren mit Öleinreibungen eine große Rolle. Durch dasselbe soll auch bei ihrem neuen Verehrer eine vollkommene Heilung der ererbten krankhaften Veranlagung erzielt worden sein. Der Absicht, sich mit seiner Wohltäterin zu verheiraten, widersetzten sich seine Angehörigen mit einem Entmündigungsantrag, dem 1907 entsprochen worden ist, nachdem auch der zuletzt behandelnde Arzt ein manisch-depressives Irresein mit jetzt zum siebenten Male sich wiederholendem Kreislauf festgestellt hatte.

Unbekümmert um das gerichtliche Erkenntnis ist das Liebespaar nach England gereist und hat es dort eine Trauung erlangt. Dann schritt es zur Begründung eines Sanatoriums in Oberitalien. Obwohl daselbst nach amtlichen Erhebungen recht mangelhafte Verhältnisse geherrscht haben, vermochte es sich einige Jahre lang zu halten. Seine Leiter aber hatten doch das Bedürfnis, ihren Bund zu einer nach deutschem Recht gültigen Ehe zu gestalten. So hat sich mein früherer Patient 1908 wieder bei mir vorgestellt, um sich ein Gesundheitszeugnis zu erbitten. Abgesehen von seinen bis auf die Schultern herabhängenden Haaren — er habe ein Gelübde abgelegt, sie nicht wieder schneiden zu lassen —, hat er keine Auffälligkeiten geboten, mit befriedigender Einsicht von den früheren Erkrankungen gesprochen und auch über die wirtschaftlichen Grundlagen des Unternehmens angemessene Auskunft erteilt. Obwohl von der angeblichen Heilung keineswegs überzeugt, habe ich doch keine Bedenken getragen, die Legitimierung der tatsächlich eingegangenen Ehe zu begünstigen; war doch eine geistige Gemeinschaft zwischen beiden Teilen zweifellos vorhanden; Nachkommenschaft war kaum mehr zu befürchten, der Neigung des Mannes zu geschlechtlichen Ausschweifungen konnte so aber doch vielleicht ein Damm entgegengestellt werden.

So vorsichtig ich das erbetene Zeugnis abgefaßt zu haben glaubte, so scheint es doch über seinen Zweck hinaus auch beigetragen zu haben zur Wiederaufhebung der Entmündigung. Vergebens hatte sich ein schweizerischer Arzt ausdrücklich dagegen ausgesprochen. Offenkundige Erscheinungen einer Geisteskrankheit hatte er zwar nicht zu finden vermocht, aber er hatte doch den Eindruck eines Phantasten von dem Manne bekommen, der mit unbegreiflicher Sorglosigkeit der Zukunft entgegensehe. Der Richter aber fand den Entmündigten bei persönlicher Vernehmung „geistig normal"; seit $3^1/_2$

Jahren waren nach seiner Ansicht geistige Stönungen nicht mehr festzustellen gewesen. Erhebliche Vermögensinteressen waren nicht zu schützen, ein Schaden von der Aufhebung der Entmündigung also nicht zu befürchten.

Doch ist es nicht ohne solchen abgegangen. Nach des Vaters Tode hat der Sonderling als ältestes seiner Geschwister, ohne sich mit diesen verständigt zu haben, die wegen Altersverblödung in einer Privat-Pflegeanstalt versorgte Tante aus dieser „schmachvollen Unterbringung" befreit, um sie in sein Sanatorium zu nehmen. Einige kindische Äußerungen der Zufriedenheit vonseiten des alten Fräuleins mußten zum Beweise herhalten, daß sie dort ganz wieder aufgelebt sei. Das väterliche Erbteil wurde teils ohne jegliche Sicherheit dem angeblichen Bethanienbunde, in dessen Dienst das Sanatorium stehen sollte, geliehen und ging durch „gemeine Intriguen" eines Teilhabers verloren, teils wurde es zu der Reise verwendet, der dann die Tante erlegen ist. Er selbst ist mittellos nach Jerusalem gelangt, während seine Ehefrau mit Gewalt aus dem Sanatorium entfernt, jetzt von Deutschland aus zu ihrem Rechte zu kommen sucht.

Wer die gesamten Lebensschicksale dieses Mannes kennt und ihn selbst in seinen Depressionszuständen gesehen hat, wird an der Diagnose kaum zweifeln können. Wenn sie der Jerusalemer Kollege verkannt hat, so muß ihm zugegeben werden, daß der Krankheitsverlauf offenbar den ursprünglich regelmäßigen Typus verlassen hat, und aus den letzten Jahren allein sich nicht genügend feststellen läßt. Für geistig normal hätte er ihn aber doch wohl nicht erklären dürfen; dazu ist außer den Eigentümlichkeiten gesteigertes Selbstgefühl mit paranoiden Zügen zumal in den schriftlichen Ausführungen des Mannes denn doch zu deutlich zutage getreten und die Vorgeschichte konnte ihm doch auch nicht ganz unbekannt geblieben sein. Wer aber ohne davon etwas zu kennen und ohne alle Erfahrungen über Erscheinungs- und Verlaufsweise der Geisteskrankheiten einem solchen Sonderling sich gegenüber sieht, der wird leicht dazu kommen, ihn nur als solchen zu betrachten und vielleicht sogar seinen Scharfsinn und seine Tatkraft zu bewundern, zumal wenn, wie in diesem Falle, niedrige Selbstsucht nicht in Betracht kommt. Gerade die Eigenart des Wesens, die dem Laien zuerst in die Augen springen muß, pflegt mit allen einem solchen Kranken zu Gebot stehenden Geistesgaben möglichst sturmfrei ausgestaltet zu werden; von ihr aus wird auch der kundige Arzt die Persönlichkeit nicht zu erkennen versuchen. Ihre Entwickung wird er möglichst in den Wurzeln zu erfassen streben, dann kann er auch etwaige Wendepunkte wahrnehmen, von denen an krankhafte Störungen von Einfluß werden; dann wird er verstehen, wie etwaige Auswüchse zustande gekommen sind und welchen Einfluß sie auf die Ausgestaltung der Gesamtpersönlichkeit gehabt haben. Daraus werden sich auch etwaige Schlußfolgerungen ergeben auf die Stellung des Sonderlings zur allgemeinen Rechtsordnung. Im vorliegenden Falle konnte die Harmlosigkeit des Kranken anerkannt werden; sie ist aber auch in wirtschaftlichen Dingen so ausgesprochen, daß die Geschäftsfähigkeit recht fraglich erscheinen mußte. Die Entscheidung darüber war richterlichem Ermessen anheim zu geben.

Daß auch anscheinend harmlose Sonderlinge auf krankhafter Grundlage für ihre Umgebung zeitweise recht lästig und schädlich werden können, lehrt ein anderer Fall, der seit Jahrzehnten einen zirkulären Verlauf darbietet, mit dem der Kranke lange noch im Pfarramt tätig geblieben war, schließlich aber nicht nur in diesem, sondern auch in der Familie unmöglich, ja für das Wohl der Seinen so gefährlich geworden ist, daß seine sicherheitspolizeiliche Einweisung in Anstaltspflege nicht mehr zu umgehen war. Von jeher durch allerlei Absonderlichkeiten, die einer Anektodensammlung wohl anstehen würden, auffällig, hat er sich schließlich vorzugsweise auf eifrige Alkohol- und Tabaksgegnerschaft geworfen, die, während seiner Depressionszustände rein private Lebensregel; in den hypomanischen Erregungen zum Thema von Vorträgen wird, die er mit oder ohne vorherige Ankündigung, bald einzelnen Personen, bald größeren Menschenansammlungen, auf öffentlicher Straße oder auf freier Flur, in Stadt und Land zu halten liebt, manchen zur Erheiterung, anderen zum Ärgernis, kaum je jemand zur Lehre. Darüber hat er die Beziehungen zur eigenen Familie vernachlässigt, ja einigen Gliedern derselben gegenüber in eine Feindseligkeit verwandelt, in der er sich nicht scheut, ehrenrührige Beschuldigungen gegen seine Allernächsten öffentlich auszusprechen, die er während der Depressionen freilich in der Stille tief bedauert. Während seiner Erregungszustände aber untergräbt er die bürgerliche Existenz der Seinigen in heilloser Weise. Nur sein nach eigenem Bekenntnis ihm geistesverwandter Sohn stellt sich auf seine Seite und hat so durch seine Befreiungsversuche schließlich die sicherheitspolizeiliche Einweisung des Kranken nötig gemacht. Auch noch andere Freunde hat er, die zum Teil um seiner doch nur gemeinnützigen Bestrebungen willen, nicht verstehen wollen, daß man die allerdings etwas ungewöhnliche Art seines Auftretens als eine Erscheinung geistiger Krankheit an-

sehe, während diese freilich im Kreise seiner Amtsbrüder schon lange vor seiner erstmaligen Anstaltsaufnahme vermutet worden war.

Daß Leute, die bisher für bloße Sonderlinge gegolten hatten, auch einmal in noch viel schlimmerer Weise für die Allgemeinheit gefährlich werden können, hat der Fall des Lehrers gezeigt, der kürzlich erst seine eigene Familie getötet und dann ganze Dörfer mit Vernichtung bedroht hat. Das Ergebnis einer eingehenden Prüfung seiner geistigen Beschaffenheit steht noch aus.

Ernste Vorkommnisse auf der einen, die entschiedene Teilnahme, die sie in weiten Kreisen finden, auf der anderen Seite, zeigen an sich schon, daß die Leute, die man als Sonderlinge zu bezeichnen pflegt, ein interessantes Feld für Persönlichkeitsforschungen abgeben. Häufiger als für seine Bearbeitung wünschenswert ist, wird es für unsere Wissenschaft erst zugänglich auf dem Umwege über Rechtsfragen, so daß eine vollständige Übersicht über das ganze Gebiet kaum möglich ist. Nur soviel kann mit Bestimmtheit gesagt werden, daß die Sonderlinge eine klinische Einheit nicht darstellen. Man findet unter ihnen Leute, die nicht zu den Geisteskranken, bisweilen sogar zu den geistig Bevorzugten zählen; bei der Mehrzahl jedoch erweisen sich die Eigentümlichkeiten bei genauer Prüfung als Einzelerscheinungen von Geisteskrankheiten verschiedener Formen. Als solche bilden sie nicht selten trotz aller Auffälligkeit einer richtigen Erkennung die am schwersten zugängliche Seite des einzelnen Kranken. Zu einem richtigen Verständnis wird man leichter gelangen, wenn man den einzelnen in seinem Werden und Wesen zu ergründen versucht, ohne sich allzu viel auf eine schematische Systematik zu versteifen. Denn um Krankheitsfälle typischer Art wird es sich nur selten handeln, wo eben die Eigenart so in den Vordergrund tritt, daß sie vorzugsweise die Aufmerksamkeit auf sich lenkt.

Bewahrheitet sich trotzdem bei genauer Untersuchung, daß Sonderlinge neuerdings seltener werden, so wird man das kaum allzusehr zu bedauern haben; man wird vielmehr den erzieherischen Einflüssen, die Absonderlichkeiten verdrängen, dafür nur Dank wissen. Wirkliche Begabung und gar hervorragende Genialität verliert nicht an Wert, wenn sie von nebensächlichen Auswüchsen frei bleibt. Wo sich aber der krankhafte Beigeschmack auflöst in einer Krankheitsdiagnose, gewinnt nur das richtige Verständnis für ungewöhnliche Erscheinungen, und kann diesen eine angemessene Behandlung desto sicherer zuteil werden.

Mitteilungen.

— **Über den Nachweis von Abwehrfermenten im Urin** macht V. Kafka, (Staatsirrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg), eine hochinteressante (vorläufige) Mitteilung in der „Medizinischen Klinik" vom 22. März 1914. Er schreibt: „Der Urin enthält in größerer oder geringerer Menge mit Ninhydrin durch Blaufärbung reagierende Stoffe. Es handelte sich also darum, diese zu entfernen, bevor wir den Dialysierversuch begannen. Wir bedienten uns zu diesem Zwecke der länger ausgedehnten Dialyse gegen fließendes Wasser, da ja anzunehmen ist, daß wohl alle Stoffe des Urins, die mit Ninhydrin reagieren, dialysabel sind, und wandten folgende Technik an. Der Urin wird womöglich in ein steriles Gefäß entleert, durch ein steriles Filter filtriert und zentrifugiert. Dann wird er im Proskauerschen Dialysator, der sich vollständig sterilisieren läßt, der Dialyse gegen fließendes Wasser ausgesetzt. Diese muß nach unseren Erfahrungen auf 5 bis 6 Stunden ausgedehnt werden. Nach dieser Zeit machte ich die Ninhydrinprobe mit dem Dialysat nach den schärfsten Bedingungen (5 ccm Dialysat + 1 ccm 1% Ninhydrin), ließ dann ohne weiteren Wasserzu- oder -abfluß das Ganze stehen und nahm nach einer halben Stunde nochmals die scharfe Ninhydrinprobe vor. Fielen beide negativ aus, so wurde der Versuch begonnen. Im anderen Falle muß weiter dialysiert oder der Urin verworfen werden. Es wird dann in der gleichen Weise wie beim Serumversuche vorgegangen. Ich rate, 1,0+1,5 ccm aktiven Urins für jede Hülse zu verwenden. Es empfiehlt sich die Einstellung mehrerer Proben mit einem Organ —, auch mehrerer Kontrollen ohne Organ."

Unter den angegebenen Bedingungen ist die Abderhaldensche Dialysiermethode für den Urin brauchbar. Alle von Abderhalden für die Serumreaktion gegebenen Vorschriften müssen aufs schärfste innegehalten werden. Es wird Sache der folgenden Zeit sein, die Beziehungen zu Reaktion und Chemismus des Urins festzustellen. Jedenfalls scheine festzustehen, 1. daß spezifische Abwehrfermente in den Urin übergehen, 2. daß sie in ihm unter günstigen Bedingungen auch nachweisbar sind. In dieser Urinuntersuchung besitzen wir eine Kontrolle der Serumuntersuchung; sie ist besonders da nützlich, wo Blut überhaupt nicht oder nicht häufig genug zu erhalten ist.

— **Wassermannsche Reaktion und Aminosäuren.** In einem Aufsatz: Über Partialantigene (Deutsch. med. Woch. Nr. 11 v. 12. März 1914) macht Dr. H. Much in Hamburg-Eppendorf hierüber folgende bemerkenswerten Mitteilungen. „Leuzin gibt selbst bei 1 : 100 keine Selbsthemmung und keine WR. Läßt man es dagegen auf inaktives, WR.-negatives Menschenserum in einer Verdünnung von 1 : 100 000 einwirken, so wird das vorher negative Serum positiv. Die Verdünnung des Leuzins kann so schwach sein, daß sie kaum noch Ninhydrinreaktion gibt." Ähnliches ergab sich mit

Aminosäuregemischen, die aus menschlichen Geweben nach einem besonderen Verfahren (Adam) hergestellt waren. Wurde ein WR.-negatives, aber Abd.-positives Serum während des Abderhaldenschen Versuches zu verschiedenen Zeiten untersucht, so fand sich nach einiger Zeit im Schlauche positive WR. oder eine äußerst starke Selbsthemmung. Nach mehreren Stunden zeigte die Außenflüssigkeit dieselben Befunde. Nach 12 Stunden verhielten sich Schlauchinhalt und Außenflüssigkeit entweder gleich (positive WR. oder sehr starke Selbsthemmung) oder die WR. war nur in der inaktivierten Außenflüssigkeit positiv. — Aminosäuren sind auch in den bei der WR. gebräuchlichen alkoholischen Extrakten in Massen vorhanden.

Bestimmte Aminosäuren haben also — nach Much — für das Zustandekommen der WR. eine große Bedeutung.

„Entfernt man (mittels besonderen Verfahrens) . . . . aus ganz frischen Sera alle Eiweißkörper, so geben die Filtrate aus WR.-positiven Sera positive Ninhydrinreaktion; diejenigen aus WR.-negativen Sera geben in der größten Zahl der Fälle negative Ninhydrinreaktion."

Much nimmt demnach an, daß die Syphilis eine Gewebsschädigung setzt, deren Ausdruck die WR. ist. Wahrscheinlich beruht sie auf der Verbindung der durch die Syphilis entstehenden Spaltungsstoffe mit dem Serum, und zwar handelt es sich dabei vielleicht um physikalische Umlagerungen. Much konnte auch im Tierversuch durch Verabreichung von Aminosäuren positive WR. erzeugen.

Much weist auf die Feststellung Söderberghs (Neurologisches Zentralblatt) hin: bei einem Alkaptonuriker, bei dem sich, kommend und gehend, positive WR. fand, wurde durch Zufuhr von Tyrosin die vorher negative WR. in positive umgewandelt

Ist die positive WR. bei Lues der Ausdruck aktiver Zersetzungsvorgänge, so erklärt sich die Forderung, sie durch Behandlung der Lues in eine negative zu verwandeln. Trotz der völligen Unspezifität der WR. bleibt also ihre Bedeutung bestehen.

Syphilitiker, deren positive WR. durch Behandlung negativ wurde, hatte eine positive Abderhaldensche Reaktion für alle möglichen Organe (Bornstein) — infolge des durch die Behandlung bewirkten Auftretens von Abwehrfermenten.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma
A. Marcus & E. Webers Verlag
Dr. jur. Albert Ahn in Bonn
bei, den wir der Beachtung unserer Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. **Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien). — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: **Carl Haenchen**, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Fünfzehnter Jahrgang. Nr. 52. 1913/14.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Stellengesuche

An den Brandenburgischen Provinzialanstalten für Epileptische, Schwachsinnige und psychopathische Fürsorgezöglinge in **Potsdam** ist zum 1. Mai oder auch später die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Anfangsgehalt bei freier Station 1950 M. Anrechnung früherer Assistenten- etc. Tätigkeit. Baldiges Aufrücken zum Anstaltsarzt. Avancement gemeinschaftlich mit den 6 Irrenanstalten der Provinz.

Meldungen unverheirateter, evangelischer Bewerber an den Direktor Dr. **Kluge.**

Fürstlich Lippische Heil- und Pflegeanstalt **Lindenhaus** b. Lemgo sucht zum 1. Juni oder 1. Juli d. J. einen

Abteilungsarzt.

Bezüge 3000—6900 M in 21 Jahren, freie Wohnung mit Beheizung, Beleuchtung und Garten. Erworbene Dienstjahre können auf Antrag angerechnet werden. Bewerbungen — mit Lebenslauf und Zeugnissen — erbeten an den **Direktor.**

Assistenzarztstelle.

An der Kgl. Württ. Heilanstalt **Weißenau** bei Ravensburg, unweit des Bodensees gelegen, ist die Stelle eines **Assistenzarztes** (5. Arzt) zu besetzen. Gehalt je nach Vorbildung 2400 bis 3600 M, wovon 500 M gegen freie Station und Verpflegung in I. Klasse einbehalten werden.

Bewerbungen sind mit Zeugnissen und Lebenslauf zu belegen.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die vorstehenden Seiten.

Sanatorium Marienbad bei Goslar am Harz.

Offene Anstalt für Nerven-, Herz-, Stoffwechselerkrankungen, Blutarmut, Arteriosklerose etc. — Mildes Gebirgsklima. Moderne Einrichtung und Kurmittel.

Hiervon völlig getrennt

Villa Elisabeth, Klinik für gemütskranke Damen

Zentralheizung — Elektrisches Licht

San.-Rat Dr. **Benno,** Nervenarzt.

Dr. Facklam's Sanatorium

Bad Suderode am Harz.

Offene Kuranstalt für Nervenleidende und Erholungsbedürftige. Das ganze Jahr besucht. Zentralheizung. Elektrisches Licht.

Prospekte durch den leit. Arzt Dr. **Facklam,** Nervenarzt.

Für nervöse, leitungsbedürftige, ▪ auch alkoholkranke Damen ▪

Elisenheim vor Hildesheim. Geisteskranke ausgeschlossen. Bisher große Heilerfolge

Kostgeld 900 bis 1800 M. Prospekte durch den Leiter oder durch den behandelnden Arzt Dr. med. **P. Lindemann, P. Isermeyer.**

Der beste Ratgeber für Beruf und Haus ist:

Meyers Sechste, gänzlich neubearbeitete und vermehrte Auflage

Grosses Konversations-Lexikon

16 831 Bilder, 1522 Tafeln usw.

150 000 Artikel u. Verweisungen

20 Halblederbände zu je 10 Mark oder 20 Prachtbände zu je 12 Mark

Verlag des Bibliographischen Instituts in Leipzig und Wien



Reusch's

PINO-BAD

aus stark konzentriertem **Fichtennadel-Extrakt** mit wertvollen Ozonverbindungen.

Bewährtes Beruhigungs- u. Kräftigungsmittel

bei Herz- und Nervenleiden, Affektionen der Lungen und des Kehlkopfes.

Praktische Originalstrichflasche für 10 Bäder ausreichend M 2,25.

Unerreicht in Reinlichkeit und Billigkeit bei bequemster Anwendung.

Literatur und Proben zur Verfügung.

Chemische Fabrik Nassovia

Wiesbaden 92.

Zum Zeichnen der Wäsche

empfehlen wir gewebte Buchstaben und Zahlen in allen Ausführungen zu billigsten Preisen.

Anstalten genießen Vorzugspreise!

SPEZIALITÄT:

Gewebte ausgeschriebene Namen

in 1, 2 und 3 reihiger Schrift, garantiert waschecht. Anfertigung schon mit 72 Stück per Name. Preis des Namens je nach Länge 2—4 Pf. p. Stück. — Verlangen Sie Offerte.

Trog & Co., Barmen-Ritt. 261

Gemüse-Konserven

und

Kompott-Früchte

in **nur allerfeinsten** Qualitäten und **streng reellen** Packungen empfehlen

GEBR. ZORN

Halle a. S. Gegr. 1888

Wir bitten Sonder-Offerte zu verlangen.

Schreibstube „Hansa"

Halle a. S., Forsterstraße 11 pt.

Abschriften und Vervielfältigungen

Farbbänder

für alle Schreibmaschinensysteme.

Kohlepapier,

schwarz und violett

Karton zu 100 Blatt **Mk. 4,50.**

Muster gratis und franko!

Kokos-Läufer Matten

in reicher Musterwahl empf. preisw.

A. E. Effenberger

Olbersdorf b. Zittau i. Sa 72

Verzeichnis der in unserem Verlage erschienenen Werke steht den geschätzten Lesern unseres Blattes franko und gratis zur Verfügung.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Brauselimonaden-Syrupe
Brauselimonaden-Extrakte

Sämtliche Bedarfsartikel für die Mineralwasser- und Brauselimonaden-Fabrikation liefert in erstklassigen Qualitäten
Muster auf Wunsch gratis und franko

Wilhelm Hornemann, Essenzenfabrik

Fernsprecher 1449 — **Leipzig-Neustadt 1** — Gegründet 1885

A. FREUNDLICH
DÜSSELDORF.

Eismaschinen
Kühlmaschinen
Hochdruckcompressoren
Vacuum-Pumpen

Handfeuerlöscher



„Germania II."

ist der beste und der einzige, der nicht tropft.

Inhalt: 7 Ltr.
Preis: M. 25,—.
Ladung: M. 1,50.

Allein zu beziehen von

Wilh. Krebs,
Düsseldorf 25,
Immermannstraße 57.
Telefon: 231.

Schleicher's



Heinsberger „Ideal"-Wäsche-
Transport-
Körbe und -Wagen
aus **Ia ind. Rohr,** in **jeder** Form, Größe, Ausführung u. Preislage
Körbe für alle Industriezwecke,
Piassava-Besen- u. Bürsten.
Illustr. Verzeichnisse gratis.

Heinsberger Korb- u. Weiden-Industrie

Oscar Schleicher, Heinsberg 15 (Rhld.)
Gegr. 1874. — Inh. mehrerer Diplome.

Intestifermin ◇ in Familien vieler Aerzte ständig im Gebrauch

Zur **Physiol. Körperreinigung** — biolog. Darmhygiene. Literatur u. Proben frei v. Hygiene-Laboratorium, G. m. b. H., Berlin-Wilmersdorf 28 I.

Heine & Eissfeldt ▣ Geestemünde

▣ Hochseefischerei und Seefisch-Großhandlung ▣

Telegr.-Adr.: Fischheine Geestemünde — Gegründet 1887 — Fernsprecher Nr. 820

Hoflieferanten: Sr. K. H. des Großherzogs von Mecklenburg-Schwerin
sowie Sr. K. H. des Herzogs von Sachsen-Coburg und Gotha

Bevorzugte Lieferanten der bedeutendsten Krankenanstalten und Sanatorien ∴

Prompte, reelle Bedienung bei äußerster Preisstellung

Im Winter erledigen wir gern kleinere Sendungen in Postpaketen
Eine durchaus zuverlässige Bezugsquelle beim Einkauf von Fischen ist Hauptbedingung!

Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle (S.)